



## Stomi, seksualitet og mestring

**HØYSKOLEN DIAKONOVA**

Bachelor i Sykepleie

**Modul 11: Bacheloroppgave**

**Kandidatnummer:** 102

**Antall ord:** 9109

**Dato:** 10.03.2017

**Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?**

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

**JA, jeg tillater (sett kryss)**

**NEI, jeg tillater ikke**

# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemformuleringen .....	2
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans .....	2
1.4 Oppgavens avgrensninger .....	2
1.5 Begrepsavklaringer .....	3
1.6 Oppgavens videre oppbygning .....	3
<b>2. Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Beskrivelse av metoden .....	4
2.2 Databaser og litteratursøk .....	5
2.3 Presentasjon av den valgte forskningslitteraturen .....	6
2.4 Kildekritikk .....	9
<b>3. Teori</b> .....	<b>11</b>
3.1 Livskvalitet .....	11
3.2 Presentasjon av sykepleieteori .....	11
3.2.1 Omsorg .....	12
3.3 Stress og mestring .....	12
3.3.1 Sykdom og stress .....	12
3.3.2 Mestring .....	13
3.4 Stomi .....	14
3.4.1 Hva er en stomi? .....	14
3.4.2 Hva er årsaken til at det blir anlagt stomi? .....	14
3.4.3 Hvilke innvirkninger har anleggelse av stomi på pasienten? .....	15
3.4.4 Selvbilde og kroppsbilde .....	15
3.5 Seksualitet .....	16
3.5.1 Hva er seksualitet? .....	16
3.5.2 Seksualitet og sykdom .....	17
3.5.3 Seksualitet og stomi .....	18
3.5.4 Sykepleie og seksualitet .....	19
3.5.5 PLISSIT-modellen .....	19
3.5.6 Rett til informasjon .....	20
<b>4. Drøfting</b> .....	<b>21</b>
4.1 Seksuelle utfordringer .....	21
4.2 Støtte .....	23
4.3 Sykepleieres frykt og tabuforestillinger .....	25
4.4 Sykepleiers rolle .....	25
<b>5. Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
<b>6. Litteraturliste</b> .....	<b>28</b>

# 1. Innledning

I innledningen legger jeg frem temaet for oppgaven, problemstillingen, hvilken relevans temaet har for sykepleiefaget, hvilke avgrensninger jeg har foretatt og avklaring av begreper som er benyttet i problemstillingen. Kapittelet avsluttes med en kort oversikt over oppgavens videre oppbygning.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er kjent at mange sykdommer og behandlinger har negativ innvirkning på seksuell helse (Saunamäki & Engström, 2014). I Norge anslås det at mellom 8.000 – 10.000 lever med stomi og at det gjennomføres om lag 1.000 stomioperasjoner årlig (Indrebø, 2013). Anleggelse av stomi fører for mange til midlertidig eller varig endring av selvoppfattet kroppsbilde. I flere studier fremkommer det at mange stomiopererte får problemer med seksualitet, som påvirker livskvaliteten negativt. Samtidig viser andre studier at helsepersonell unngår samtale om seksualitet med stomipasienter (Indrebø, 2013; Saunamäki & Engström, 2014).

Stomi, seksualitet og mestring er temaer som for mange kan være vanskelig å snakke om fordi det kjennes intimt, personlig og tabubelagt (Laursen, 2013). Seksualitet er et menneskelig grunnleggende behov (Laursen, 2013). òg i løpet av mitt bachelorstudie har jeg opplevd lite oppmerksomhet på seksualitet ved sykdom, både teoretisk og i praksis. Laursen (2013) mener at dersom sykepleiere skal kunne gi helhetlig pleie og omsorg må seksualitet bli en naturlig del av behandlingen. Det er først når dette blir ivaretatt at man som sykepleier ivaretar hele mennesket.

Som sykepleierstudent har jeg funnet det interessant hvordan personer med stomi opplever hverdagen, de ulike utfordringene som måtte oppstå, og spesielt utfordringer knyttet opp mot seksualitet som ansees svært personlig og for mange er tabubelagt. Når det kommer til hvordan stomien kan påvirke selvbildet og seksualitet vil jeg av den grunn fokusere på hvordan sykepleiere kan hjelpe stomipasienter med tanker, følelser og utfordringer knyttet til seksualitet etter å ha fått anlagt stomi.

## 1.2 Problemformuleringen

*Hvilke utfordringer opplever stomipasienter knyttet til selvbilde og seksualitet, og hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme mestring hos denne pasientgruppen?*

## 1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Oppgavens hensikt er å utforske hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme opplevelse av mestring, slik at pasientens selvbilde og seksualitet ivaretas etter anleggelse av stomi på grunn av sykdom. Den kunnskapen jeg opparbeider gjennom denne oppgaven ønsker jeg å kunne ta i bruk som fremtidig sykepleier og at andre sykepleiere også skal kunne opparbeide seg kunnskap innenfor emnet. Jeg anser utfordringene knyttet opp til stomipasienters seksualitet som et svært viktig og relevant tema for pasienter og sykepleierfaget, og fordi utfordringer rundt selvbilde og seksualitet ved sykdom og behandling kan overføres til andre pasientgrupper.

## 1.4 Oppgavens avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til pasienter over atten år som har fått anlagt stomi grunnet sykdom og ikke fokusere på årsaken til anleggelsen, hvor det da ville vært naturlig å fokusere på enten cancer, eller inflammatoriske tarmsykdommer som Crohns sykdom og ulcerøs kolitt, men har i stedet valgt å nevne de mest vanlig årsakene for anleggelse av stomi. Dette fordi jeg ønsker å ha fokus på selvbildet og seksualitet, som hos de fleste stomipasientene blir endret i større eller mindre grad etter stomioperasjonen. Uavhengig av bakenforliggende årsak til anleggelse av stomi fremkommer det at pasienter med cancer mestrer og aksepterer den nye hverdagen bedre enn andre stomipasienter med annen sykdomshistorikk fordi de har hatt mulighet til å forberede seg på inngrepet, og stomien muliggjør friskmelding, et sosialt liv og videre fortsettelse i arbeidslivet (Ang, Chen, Siah, He, & Klainin-Yobas, 2013; Brown & Randle, 2005). Jeg har derfor valgt å fokusere på hva sykepleiere kan gjøre pre- og postoperativt for at pasientene skal kunne mestre og akseptere det ”nye” livet.

## **1.5 Begrepsavklaringer**

Stomi er gresk og betyr åpning eller munn. I medisinsk sammenheng benyttes ordet om en åpning i kroppen, enten mellom to hulorganer eller fra et hulorgan og ut til hudens overflate gjennom en kirurgisk konstruert åpning (Nilsen, 2013).

Seksualitet omfatter kroppslige, personlige og relasjonelle egenskaper av det å være menneske der det fysiske og psykiske utspilles både i hvert enkelt menneske og mellom oss (Almås & Benestad, 2006).

## **1.6 Oppgavens videre oppbygning**

Oppgaven består av innledning, metode, teori og drøfting før oppgaven avsluttes med en konklusjon. I metoddelen beskriver jeg den metodiske tilnærmingen til oppgaven, hvordan jeg har kommet frem til relevante kilder ved systematiske søk, presentasjon av anvendt forskning og kildekritikk. I teoridelen legger jeg frem relevant teori. Deretter drøftes teori og funnene fra forskningen opp mot problemstillingen før jeg avslutter oppgaven med en konklusjon der hovedfunnene blir oppsummert og problemstillingen besvart.

## 2. Metode

I dette kapitlet skal jeg beskrive hva en metode er, presentere fremgangsmåten for funn av forskning og relevant litteratur, legge systematisk frem forskningen som er benyttet i oppgaven før jeg avslutter kapitlet med kritisk vurdering av kildene.

### 2.1 Beskrivelse av metoden

Dalland (2012) fremhever Vilhelm Auberts definisjon av metode som et fremgangsverktøy som forteller én hvordan én bør gå fram for å fremskaffe eller etterprøve hvor vidt resultater som er lagt frem er sanne, gyldige eller holdbare. For at metodene skal gi troverdig kunnskap må de oppfylle kravene til gyldighet og målesikkerhet. Det vil si at resultatene som kommer frem skal være relevante og gyldige for problemet som er undersøkt, og det stilles krav om at målinger som er foretatt og eventuelle feilmarginer oppgis for å oppnå pålitelig og troverdig forskning (Dalland, 2012).

Ved gjennomføring av et litteraturstudie foretar én systematiske søk der én gjennomgår publisert allerede utgitt litteratur og forskning (Dalland, 2012; Støren, 2013). Metoden som benyttes ved et litteraturstudie er derfor vurdering og kildekritikk av litteraturen én har funnet for å besvare problemstillingen (Dalland, 2012).

Når én foretar litteraturstudier er det nødvendig å ha kunnskaper om de ulike kriteriene for kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvantitativ metode er forskning hvor det innhentes et begrenset antall opplysninger innenfor flere områder, resultatene fremstår i målbare enheter i form av tall og prosent. I kvantitativ metode innhentes data med gitte svaralternativer i form av for eksempel spørreskjemaer. Dette gjør at studien kan inkludere flere respondenter og resultatene vil fremstå som representative for gruppen det forskes på (Dalland, 2012). Kvalitativ metode går i dybden og innhenter mange opplysninger innenfor et avgrenset tema ved bruk av for eksempel intervju der resultatene fremstår i form av meninger og opplevelser som ikke er målbare. Det er som oftest få deltakere der intervjuene er preget av fleksibilitet som gjør at man kan gå i dybden og få frem det som er spesielt (Dalland, 2012).

## 2.2 Databaser og litteratursøk

Med hensyn til valgt tema har jeg funnet faglitteratur i pensum og på skolens bibliotek. Jeg har søkt veiledning hos skolens bibliotekarer for å foreta systematiske litteratursøk. De databasene som jeg har benyttet til artikkelsøk er SweMed+, CINAHL, og Embase. For å finne annen relevant litteratur har jeg også benyttet meg av håndsøk i øvrige artikler og dokumenter.

Første artikkelsøk gjorde jeg i Swemed+ der jeg brukte mesh-søkeordene "ileostomy", "surgical stomas" og "sexuality", hvor jeg fikk 59, 11 og 1303 treff. Jeg kombinerte søkene med OR og AND som resulterte i fire treff. Ingen av artiklene var relevante for min oppgave da de ikke omhandlet både stomipasienter og seksualitet samt artiklene var over ti år gamle.

I CINAHL søkte jeg med "sexuality", "surgical stoma\*" og "stoma surgery" som ga henholdsvis 25066, 5 og 87 treff. Jeg unnlot å bruke "surgical stoma\*" da det ga få treff. Det å kombinere de to andre søkene med AND, ga femten treff, før jeg avgrenset til Research article og fikk syv treff. Jeg valgte ut artikkelen til Ang et al. (2013) som tar for seg hvilke innvirkninger stomianleggelsen har på pasientene postoperativt og etter utskrivelse fra sykehuset, og Brown og Randle (2005) sin artikkel som sammenligner ulik forskning der det er forsket på kroppsbilde og psykososial tilpasning.

Jeg søkte i Embase og benyttet søkeordene "PLISSIT" som nøkkelord og "surgical stomas" der jeg brukte "explode". Dette ga 94 og 10302 treff, og ved kombinasjon med AND fikk jeg 7 treff. I dette søket fant jeg artikkelen til Ayaz og Kubilay (2009). Artikkelen tar for seg i hvilken grad PLISSIT-modellen er effektiv for å løse stomipasienters seksuelle problemer.

Jeg foretok et nytt søk i Embase. Da med søkeordene "nurse patient relationship" som ga 19927 treff og "sexual counseling" som ga 972 treff. I begge søkene brukte jeg "explode" for utvidet søk. I kombinasjon med AND fikk jeg 19 treff, blant annet artikkelen til Saunamäki, Andersson og Engström (2010). Artikkelen tar for seg sykepleiers holdninger rundt det å snakke med pasienter om seksualitet og seksuelle bekymringer ved sykdom og behandling.

Artikkelen av Olsen og Jacobsen (2016) ble jeg tipset om av min veileder da den kunne være relevant. Jeg søkte derfor opp artikkelen med tittelen i SweMed+ og fant den danske studien. Jeg valgte artikkelen fordi den tar for seg sykepleieres opplevelse av stomipasienter postoperativt, der pasientene før innleggelse har fått stomiundervisning i gruppe, og hvilken påvirkning undervisningen har hatt på disse pasientene sammenlignet med sykepleiernes tidligere erfaringer hvor pasientene ikke har fått undervisning.

### **2.3 Presentasjon av den valgte forskningslitteraturen**

Saunamäki et al. (2010) har foretatt en kvantitativ studie der de har undersøkt sykepleieres holdninger og oppfatninger rundt det å skulle snakke med pasientene om seksualitet og seksuelle problemer. Studiet ble gjennomført ved bruk av spørreskjemaer som ble levert ut til hundre sykepleiere på fem medisinske- og fem kirurgiske avdelinger, med en svarprosent på åttiåtte prosent. I resultatene kom det frem at mer enn nitti prosent av respondentene forstod hvordan sykdom og behandling kan påvirke pasientenes seksualitet. To tredeler av sykepleierne mente de har ansvar for å oppfordre pasientene til å snakke om seksuelle bekymringer og følte seg komfortable med å snakke med pasientene om seksualitet, men det var få som tok seg tid. Omtrent to tredeler følte seg ikke trygge nok til å hjelpe pasientene med deres seksuelle bekymringer. Sykepleierne med den oppfatning at det å løse pasientenes seksuelle bekymringer er essensielt for helseutfallet, hadde større forståelse for sykdom og behandlingens innvirkning på den seksuelle helse og disse tok seg tid til å snakke med pasientene. I resultatene kom det også frem at eldre sykepleiere og de med videreutdanning var tryggere og mer positive til å snakke med pasientene om seksualitet og deres bekymringer. Studien konkluderer med at seksualitet ikke lenger bør ansees som tabu og at sykepleierskolene må gjøre håndtering av pasienters seksuelle bekymringer til en naturlig del av utøvelsen av sykepleie.

Studien utført av Ayaz og Kubilay (2009) er en kvantitativ studie som ble gjennomført for å vurdere effektiviteten av å benytte PLISSIT-modellen til å løse seksuelle problemer. Det var benyttet en forskningsgruppe og en kontrollgruppe, begge bestående av tretti deltakere der alle hadde nyanlagt permanent- eller midlertidig stomi (mer enn seks måneder) og et aktivt seksualliv. For å sammenligne resultatene benyttet de Golombok-Rust Inventory of sexual satisfactions (GRISS) spørreundersøkelse som måleverktøy for å vurdere



kvaliteten/tilfredsheten av samleie og seksuell dysfunksjon, før operasjon og i slutten av prosjektet, i tillegg besvarte forsøksgruppen spørreskjemaet midtveis i studiet.

Forsøksgruppen ble gitt veiledning etter PLISSIT-modellen der de fikk totalt åtte hjemmebesøk med to ukers intervaller der seksuelle problemer ble tatt opp og vurdert. Resultatene viser at begge gruppene scoret relativt likt på tilfredshet før operasjonen, tilfredsheten hos forsøksgruppen i midtveisundersøkelsen hadde avtatt til tross for veiledning med bruk av PLISSIT-modellen. Den avsluttende testen viste at forsøksgruppen, som har fått veiledning for å løse seksuelle bekymringer ved hjelp av PLISSIT-modellen, hadde tilnærmet de samme verdiene som ved studiens begynnelse mens verdiene i kontrollgruppen sprikte mer. Studien konkluderer PLISSIT-modellen som et effektivt verktøy for å løse seksuelle problemer hos stomipasienter.

Artikkelen skrevet av Ang et al. (2013) er en oversiktsartikkel som tar for seg studier knyttet til stressfaktorer som kan påvirke pasientenes psykiske helse etter anlagt stomi postoperativt og etter utskrivelse. Dette for å vektlegge betydningen av pasientens psykiske helse og fremme helhetlig sykepleie. Umiddelbare følelser etter anleggelse av stomi var fremmedgjøring av kroppen, endret kroppsbilde, usikkerhet og påvirkning på sosial- og seksualliv, sport- og fritidsaktiviteter og fysiske problemer. Dominerende stressfaktor postoperativt var frykt for ikke å mestre stomistell før utskrivelse. Etter utskrivelse er de psykiske belastningene ofte forbundet med tilpasning av kroppslige forandringer, endret seksualitet og stomiens innvirkning på sosialt liv der frykt for lukt, lyd, lekkasje, redusert selvbilde og angst er gjennomgående i hovedgruppene. Enkelte opplever at stomiposen virker inn på seksuelle følelser og flere pasienter opplevde redusert tiltrekningskraft samt at enkelte partnere uttrykte redusert tiltrekning til sin partner med stomi. Mange opplevde at nedsatt seksuell funksjon, arr analt og vaginale smerter påvirket samleie. Det fremkom også at mange unngikk å møte opp i forbindelse med sosialt liv og aktiviteter i frykt for at problemer med stomien skal oppstå. Studien hevder mer pre- og postoperativ opplæring kan bidra til at pasientene håndterer stressfaktorer som oppstår i forbindelse med stomien bedre.

Studien utført av Olsen og Jacobsen (2016) er en kvalitativ studie der de har benyttet fokusgruppeintervjuer. Respondentene i studien var syv sykepleiere med erfaring fra postoperativt forløp der de har hatt fokus på opplæring av stomistell. Hensikten med studien var å belyse sykepleieres erfaringer og opplevelser av pasienter og pårørendes

utbytte av deltagelse på stomiskole preoperativt, og hvilken påvirkning det har på sykepleieres arbeid i den postoperative fasen. Resultatene i undersøkelsen viser at sykepleierne opplever pasientene som ”nye” på grunn av endret adferd ved at de er mer initiativrike, aktive og tryggere med tanke på ivaretagelse av stomien i postoperative fase og har mer ro over seg. Pasientene hadde mer kunnskaper om stomi som førte til at de kunne stille mer spørsmål og være mer kritisk analytiske til det sykepleier sa og foreslo. Pårørende ble oppfattet som mer ansvarsfulle og bidro mer med praktisk og emosjonell støtte i tillegg til at de var tryggere på å stille spørsmål, være oppsøkende og deltagende slik at de fikk en synligere rolle. Sykepleiers rolle postoperativt gikk fra å være aktiv til å bli mer rådgivende og veiledende. De opplever veiledningen mindre preget av praktisk utførelse, og mer som finjustering av ferdigheter og veiledende samtaler. Postoperativt er pasientene kommet lenger i det mentale forløpet der de uttrykker bekymringer rundt forhold, seksualliv i tillegg til et sosialt og aktivt liv og stomiens påvirkning. Studien konkluderer med at preoperativ gruppeundervisning medfører mer kunnskapsrike og handlekraftige pasienter og pårørende i den postoperative perioden, og at sykepleiers rolle gikk fra å være aktiv til veiledende.

Artikkelen skrevet av Brown og Randle (2005) er en systematisk oversiktsartikkel som har oppsummert og sammenstilt resultatene av relevante studier. Dette er en sekundærstudie da den vurderer og sammenligner eksisterende data fra andre relevante primærstudier (Dalland & Trygstad, 2012). Hensikten med studien til Brown og Randle (2005) var å vurdere de psykologiske og sosiale konsekvensene anleggelse av stomi har på menneskers liv. Studien er delt inn etter de ulike kategoriene livskvalitet, kroppsilde, seksualitet og seksuelle bekymringer, og psykologisk tilpasning og mestring, der de sammenligner resultatene fra primærforskning. I resultatene kom det frem at stomien hadde hatt negativ innvirkning på livskvalitet, kroppsilde, selvtillit, selvfølelse, reise, sport og fritid, og respondentene opplevde usikkerhet rundt det å leve med stomi, fremmedgjøring av kroppen grunnet følelsen av å være annerledes, i tillegg til at flere opplevde problemer med seksualitet. Endret kroppsilde er en gjentagende konsekvens av stomianleggelse, men årsaken til anleggelsen har óg innvirkning på i hvilken grad selvbildet preges. Seksualitet og seksuelle bekymringer er ikke uvanlig og dette kommer frem i forskning der deltakerne uttrykker opplevelse av at deres seksuelle tiltrekning var redusert, i tillegg til fysiologiske påvirkninger der flere menn opplever impotens, mens kvinner preges av redusert seksuell lyst, smerte ved samleie og vaginal tørrhet. Studien viser til sprikende resultater mellom

anvendte studier i forhold til hvor vidt årsaken til anleggelse av stomi har innvirkning på pasientenes tilpasning og mestring, men større enighet rundt betydningen av støtte fra familie og venner, beherskelse av stomistell og tilgang på stomisykepleier var av stor betydning for tilpasning og mestring av et liv med stomi. Studien hevder at kunnskaper om utfordringer og problemer stomipasienter kan oppleve er viktig for at sykepleierne skal kunne planlegge og gi individuell pleie.

## 2.4 Kildekritikk

Hensikten med kildekritikk er å vurdere litteraturen som er benyttet i oppgaven. Dette for å vise til refleksjoner som er gjort under vurderingen av litteraturens relevans og gyldighet for å belyse oppgavens problemstilling (Dalland & Trygstad, 2012).

Da jeg valgte faglitteratur til oppgaven startet jeg med å finne relevant litteratur som er knyttet opp mot pensum ved bachelorstudiet. Bibliotekaren ved skolen har også hjulpet meg med å finne relevant litteratur til temaet. Jeg har forsøkt å holde meg til bøker som ikke er mer enn ti år gamle, for å sikre validitet og relevans, men har også benyttet noe litteratur som er eldre. Dette har jeg valgt å gjøre fordi jeg opplevde teorien som bedre beskrevet i de eldre bøkene enn nyere litteratur. Jeg har også opplevd at det har vært vanskelig å få tak i primærlitteratur og derfor vært nødt til å benytte sekundærlitteratur som består av andres tolkninger og forståelse av primærlitteraturen. Dette kan føre til at primærforfatterens prinsipper faller bort i fortolkningen (Dalland & Trygstad, 2012). Selv om Benner og Wrubels bok ”omsorgens betydning i sykepleien” og Almås og Benestads bok ”Sexologi i praksis” er mer enn ti år gamle har jeg valgt å bruke dem fordi jeg anser teorien og litteraturen som anerkjent og fortsatt relevant. Jeg har valgt å benytte Reitan (2006) til tross for at det er utgitt en nyere utgave av boken, dette skyldes at den eldre utgaven tar for seg stress som tema i større grad enn nyeste utgave.

I tillegg til litteratur og forskning har jeg benyttet NORILCOs informasjonsbrosjyre for stomi og reservoarer selv om den er beregnet på pasienter. Dette fordi jeg på enkelte områder opplever beskrivelsene mer konkret enn i annen litteratur, og den har vært inspirerende med tanke på hva som er relevant å belyse i oppgaven.

Det har vært vanskelig å finne sykepleieforskning som svarer direkte på problemstillingen. Dette skyldes at mye av forskningen som ligger ute samtidig fokuserer på årsaken til anleggelse av stomien og hvilken betydning sykdomshistorien har for å akseptere det ”nye” livet. Jeg har derfor måttet gå gjennom mange artikler for å vurdere eventuell overføringsverdi i forhold til temaet. For å kunne foreta et utvalg har jeg sett på overskriftene og sammendragene i artiklene for å vurdere forskningsartikkelens relevans for oppgaven. Selv om sammendragene gir en oversikt har jeg også lest artiklene grundig for å kunne fange opp viktige momenter. Jeg har valgt å inkludere disse studiene fordi de belyser ulike, men viktige temaer som svarer på problemstillingen.

I forskningsutvalget er alle artiklene fremmedspråklige hvorav fire er på engelsk og en på dansk. Dette har vært utfordrende og kan ha ført til mistolkning dersom det er nyanser som ikke er blitt fanget opp eller ved feilaktig oversetting eller ved fortolkningen av teksten. Til tross for mulige feiltolkninger opplever jeg at funnene kommer godt frem. Det er ingen av studiene som er utført i Norge, noe jeg har vært nødt til å være kritisk til på grunn av ulikheter i helsesystemene. To av artiklene jeg har benyttet er skandinaviske, hvorav én dansk og én svensk artikkel, begge vurderer jeg som troverdige og overførbare grunnet systemlighet i helsevesenet på tvers av landene. Brown og Randle (2005) har basert sin forskning på primærstudier der det ikke er vektlagt hvor forskningen er gjennomført, noe som gjør at jeg er kritisk til overføringsverdien. Studien deres er basert på søk i anerkjente databaser, samtidig har jeg fanget opp at mange av forfatterne har vestlige og skandinaviske navn som gjør at jeg har valgt å benytte denne. Dette gjelder også studien til Ang et al. (2013) som er fra Singapore, de oppgir at syv av åtte studier de har benyttet er vestlige. Den siste forskningen foretatt av Ayaz og Kubilay (2009) er tyrkisk, noe som gjorde meg kritisk i forhold til overføringsverdien, men siden de vurderer PLISSIT-modellen som verktøy for å løse seksuelle problemer eller bekymringer har jeg valgt å inkludere denne forskningen.

### 3. Teori

I dette kapitlet presenteres teori som er relevant for problemstillingen.

#### 3.1 Livskvalitet

I følge Rustøen (2016) er livskvalitet et vidt begrep med flere ulike definisjoner som blir brukt av ulike faggrupper. Definisjonene bærer preg av hvem som har definert begrepet og hvilket fag forfatter representerer. Rustøen (2016) trekker frem filosofen Wladyslaw Tatarkiewicz som mener at én er mer opptatt av lykke når én er ulykkelig for at det skal være lettere å holde ut de vanskelige situasjonene, sykepleieren Carol E. Ferrans definerer livskvalitet som ”en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktig for en” (Rustøen, 2016, s. 83) og psykologen Siri Næss trekker frem fra sin definisjonen av livskvalitet, ”livskvalitet er å ha det godt, å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv” (Rustøen, 2016, s. 85). Tatarkiewicz, Ferrans og Næss deler i deres definisjoner det syn at de ser på livskvalitet som et subjektivt begrep med affektive og kognitive aspekter i tillegg til at det er flerdimensjonalt. Det at begrepet er subjektivt vil si at det er den enkeltes egne oppfatning av eget liv som er utslagsgivende for vedkommende sin livskvalitet. Ved å si at livskvalitet er flerdimensjonalt mener man at det tar for seg ulike aspekter av livet hvor det fysiske, sosiale og psykiske har betydning for opplevelse av livskvalitet (Rustøen, 2016). Tilfredshet med livet, velvære/velbefinnende, eller tilfredsstillelse av behov er andre begrep som er mye brukt i forbindelse med livskvalitet og anses som synonymer (Rustøen, 2016).

#### 3.2 Presentasjon av sykepleierteori

Benner og Wrubels teori omhandler forholdene mellom omsorg, stress og mestring, i forbindelse med helse, der de mener omsorg spiller en vesentlig betydning for mennesket. Dette er noen av de begrepene de har definert og som er vektlagt i deres sykepleierteori (Benner & Wrubel, 2001).

### 3.2.1 Omsorg

Benner og Wrubel (2001) mener sykepleie ansees som en omsorgspraksis hvor vitenskapen er styrt av omsorg og ansvarlighetens moralske kunst og etikk, og argumenterer for omsorgens moralske betydning innenfor alle helsetjenester. Sykepleiere viser omsorg til dem som er friske, påvirket av smerte, tap, frykt, lemlestede, død, sorg, utfordring, vekst, fødsel og endring der sykepleierne står nære pasientene og kan observere stress og mestring på nært hold (Benner & Wrubel, 2001). Kristoffersen (2011) har oversatt Benner og Wrubels definisjon av omsorg til norsk; ”Fordi omsorg er bestemmende for hva som betyr noe for et menneske, bestemmer omsorg også hva som oppfattes som stressende, og hvilke muligheter som finnes for å mestre. Omsorg skaper muligheter” (Kristoffersen, 2011, s. 263).

## 3.3 Stress og mestring

### 3.3.1 Sykdom og stress

I følge Benner og Wrubel er stress, oversatt av Kristoffersen, ”sammenbrudd av mening, forståelse og ubesværet funksjon som medfører at personen blir skadd, opplever tap eller står overfor en utfordring. Situasjonen innebærer sorg, behov for fortolkning eller tilegnelse av nye ferdigheter” (Kristoffersen, 2011, s. 263). Deres definisjon av stress innefatter både person og situasjon som fenomen. Stress er et resultat av den rammedes relasjon til situasjonen og dens evne/mangel på å håndtere den (Benner & Wrubel, 2001). Det er den enkeltes forutsetninger som avgjør hvordan situasjon oppleves. Når egne kunnskaper og forståelse er utilstrekkelige der sykdom har endret livssituasjonen og menneskets evne til å fungere er svekket, vil én oppleve behov for sykepleie for gjenskape balanse mellom én selv og situasjonen (Kristoffersen, 2011).

Benner og Wrubel (2001) hevder sykdom er en årsak til opplevelse av stress, og stress er en tilstand som ikke alltid kan unngås eller bør behandles fordi det er resultatet av reaksjoner av interesser og det betydningsfulle i samfunnet og verdenen vi lever i. Ved opplevelse av sykdom kan man bli kurert, men opplevelsen og følelsene som oppstod i den forbindelse vil man ikke bli fritatt fra. Sykepleierne har en unik posisjon der de har forståelse for sykdomsopplevelsen og pasientens erfaringer. Sykepleiere kan ikke kurere

pasientene for stress, men ved veiledning, tolkning og trening kan de hjelpe pasientene til å forme sykdomsopplevelsen og på den måten gjøre en forskjell (Benner & Wrubel, 2001).

Reitan (2006) hevder det å bli utsatt for alvorlig og livstruende sykdom, krise, ulykke og død kan for mange føre til en stressituasjon, og at stress er en ytre påkjenning som er belastende på personens ressurser. En ytre påkjenning er det vi også kaller en stressor, som oppfattes av sanseapparatet og utløser emosjonelle stressresponser som for eksempel frykt, angst og sinne. Samspillet mellom den enkelte og situasjonen påvirker opplevelsen og reaksjonen på stressituasjoner. Det som oppleves som stress og stressutløsende er derfor individuelt, fordi det er den enkeltes egne oppfatninger av situasjonen og den kognitive vurderingen som gjøres (Reitan, 2010).

### 3.3.2 Mestring

Ofte tenker vi at mestring er når vi foretar oss noe konkret, men mestring er også når man ikke foretar seg noe. En form for mestring er når opplevelsen av stressende situasjoner hvor en foretar innhenting av relevant informasjon som vil kunne endre tankesettet i den stressende situasjonen i forsøk på å få det bedre, eller annerledes uten at situasjonen eller hvordan man tenker på situasjonen er endret (Benner & Wrubel, 2001).

Benner og Wrubel (2001) mener opplevelsen av stress og muligheter for mestring avhenger av den enkelte, bakgrunnsforståelsen og de personlige anliggende bekymringer, ferdigheter og vaner. I tillegg setter mestring grenser etter betydningene og anliggende som innebærer i det som oppfattes som stressende og hvilke muligheter for mestring som er tilstede i form av forståelse, ferdigheter, kunnskaper, verdier og tilgjengelighet kan være vanskelig å overføre til situasjonen. Mestring kan derfor ikke ansees som en behandling mot stress (Benner & Wrubel, 2001; Kristoffersen, 2011).

Renolen (2008) hevder de aller fleste forbinder mestring med ens evne til å nå et mål, mestre ulike utfordringer og prestere. Tidligere positive eller negative erfaringer av mestring i tillegg til å se andre mestre situasjoner og utfordringer påvirker troen man har eller får til seg selv, dette kan vi også kalle mestringsforventninger (Renolen, 2008). Mestring handler om å forholde seg hensiktsmessig til situasjon og egne reaksjoner. Det kan bety at man forsøker å få kontroll på egne følelser eller oversikt over situasjonen man

befinner seg i (Eide & Eide, 2007). For å takle ulike krav eller utfordringer benytter vi oss av mestringsstrategier. Alle de strategiene en person tar i bruk har til hensikt å hjelpe vedkommende i å bevare selvbildet, finne mening og opprettholde personlig kontroll overfor problemer, i tillegg til de ytre og indre kravene personen står overfor (Reitan, 2010). Sosial støtte spiller en sentral rolle for mestring gjennom ulike livshendelser og betydningen av den kommer ofte enda tydeligere frem ved sykdom eller andre store påkjenninger (Renolen, 2008).

## **3.4 Stomi**

### **3.4.1 Hva er en stomi?**

Stomi blir på folkemunne omtalt som «utlagt tarm» og er et fellesuttrykk som innebærer en kirurgisk konstruert åpning der tarm eller urinrør er ført ut på hudens overflate, vrent og sydd fast (Indrebø, 2013; Nilsen, 2013; NORILCO, 2008). Stomiopererte må derfor benytte seg av en pose på magen der kroppens avfallsstoffer samles opp. Dette kommer av at stomien ikke har noen lukkemuskel som fører til at urin, luft og tarminnhold passerer ukontrollert. Hensikten med å anlegge stomi er å erstatte eller avlaste et sykt organ, for eksempel ved å lede avføring ut når endetarmen er preget av sykdom eller grunnet den er fjernet (Indrebø, 2013; NORILCO, 2008). Stomien kan bli anlagt midlertidig, som vil si at stomien kan legges tilbake når organet/tarmen er leget, eller permanent og pasienten der må ha stomien livet ut (Indrebø, 2013). Hvor på magen stomien er plassert er avhengig av type stomi og pasientens kroppsbygning. For å skille mellom de ulike stomitypene som finnes har de fått navn etter det organet som er utlagt. Ved colostomi og ileostomi refereres det til tykktarmen (colon) og tynntarmen(ileum), mens urostomi viser til at det er urinveiene som er utlagt (Indrebø, 2013; NORILCO, 2008).

### **3.4.2 Hva er årsaken til at det blir anlagt stomi?**

Det fins mange årsaker til å anlegge av stomi, de vanligste årsakene er kreft i tarmkanalen, endetarmen og urinblæren. Andre vanlige årsaker er diverkulitt med perforasjon av tarm, kolonpolypose og inflammatorisk tarmsykdom som Crohns sykdom og ulcerøs kolitt (Indrebø, 2013). Blæreekstrofi (åpen blære), ryggmargsbrokk, analatresi (manglende



endetarmsåpning) og Hirschsprungs sykdom er misdannelser som kan gjøre det nødvendig med stomi. Ellers kan skader på friske organer som for eksempel tarm og urinveier i forbindelse med kirurgiske inngrep og strålebehandling mot kreft være årsaken til anleggelse av stomi (NORILCO, 2008).

### **3.4.3 Hvilke innvirkninger har anleggelse av stomi på pasienten?**

De aller fleste som får stomi vil oppleve det som skremmende og noe som er forbundet med usikkerhet. Allerede fra tidlig barndom lærer vi å få kontroll på urin og avføring som er viktig for vår utvikling av personlighet og selvbilde. Normene tilsier at vi skal holde kroppslige lyder og lukter for oss selv, og som voksen forventes det at man har kontroll på flatus. Mange opplever tapet av denne kontrollen som nedverdiggende og det påvirker deres selvbilde og identitet som voksen (Nilsen, 2013). Stomioperasjonen påvirker derfor livssituasjon, selvbilde og forholdet til egen kropp (NORILCO, 2008). Enkelte kan oppleve at det er vanskelig å fortsette i samme jobb, og at klesstil må endres for å skjule stomien og kunne tilpasse seg en ny hverdag. Det er heller ikke uvanlig at de som var seksuelt aktive før operasjonen opplever redusert eller ingen seksuell aktivitet etter operasjonen (Anaraki et al., 2012). Dette kan skyldes at kroppsbildet blir påvirket og har negativ innvirkning på intimitet og nærhet (Burch, 2016). Ikke alle opplever å måtte foreta endringer i hverdagen. NORILCO (2008) hevder at de fleste stomiopererte kan leve som de gjorde tidligere på alle områder, og dersom problemer eller vanskeligheter oppstår er kunnskap og åpenhet viktig for å løse utfordringene. For noen kan det være vanskelig å forstå at det er mulig å leve normalt med stomi. Da kan det være hensiktsmessig å tilby pasienten møte med en rehabilitert stomipasient. Det gir rom for å stille spørsmål og få råd fra en som vet hva én går igjennom (Indrebø, 2013; NORILCO, 2008).

### **3.4.4 Selvbilde og kroppsbilde**

Selvbilde er evalueringen vi gjør av oss selv. Den kan være overveiende positiv eller negativ, der kroppsbildet er et viktig aspekt og en del av menneskets identitet. Kroppsbilde er vår subjektive opplevelse av kroppen, og kan stride med den objektive oppfatningen (Renolen, 2008).

Pasientens tanker og følelser knyttet til egen kropp og hvordan man ønsker å fremstå, i tillegg til samfunnets oppfatning og dyrking av den velfungerende og perfekte idealkroppen, påvirker pasientens kroppsbilde (Indrebø, 2013; Nilsen, 2013). Stomioperasjoner kan føre til endret selvbilde – positivt eller negativt, opplevelse av mindreverdighet og psykoseksuelle problemer ved egen opplevelse av å være mindre attraktiv, usikkerhet rundt partnerens reaksjon og frykten for å bli avvist. Dette kan føre til problemer med å gjenoppta eller innlede et seksuelt forhold. Varigheten av det endrede kroppsbilde vil variere med pasientens mestringsevne i nye situasjoner og opplevelse av støtte fra nære venner, familie og sykepleier (Indrebø, 2013; Nilsen, 2013). Kroppslige endringer, anatomiske og utseendemessige følger av skader, sykdom eller behandling kan føre til at pasienten opplever å skulle forholde seg til en ”ny” kropp. Dette vil kunne påvirke ens rolle, identitet og selvbilde (Renolen, 2008).

## 3.5 Seksualitet

### 3.5.1 Hva er seksualitet?

Seksualitet er en del av alle menneskers liv, identitet og personlighet og derfor et aspekt ved mellommenneskelige relasjoner, som omfatter fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle sider ved mennesket. Denne definisjonen av seksualitet innebærer kroppslige, personlige og relasjonelle aspekter, samtidig er menneskets seksualitet mer enn det å ha et seksualliv. Det kan nytes alene eller deles med andre (Gamnes, 2011; Laursen, 2013). I 1986 som en del av WHO's arbeid med definisjonen av seksuell helse, beskrev Thore Langfeldt og Mary Porter en omfattende forståelse av begrepet seksualitet som Almås og Benestad (2006) har gjengitt;

*«Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Det er grunnleggende behov og aspekter ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er heller ikke summen av våre erotiske liv. Disse kan være deler av vår seksualitet, men trenger ikke være det. Seksualitet er mye mer: Det er en energi som motiverer oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Seksualitet uttrykkes i hvordan vi føler, beveger oss, berører og blir*

*berørt. Det handler om å være sensuell så vel som seksuell. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill, og derigjennom også vår mentale og fysiske helse”*

(Almås & Benestad, 2006, s. 44).

### **3.5.2 Seksualitet og sykdom**

Almås og Benestad (2006) har oversatt World Health Organization's (WHO) definisjon av seksuell helse;

*«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 krevers det at seksuelle rettigheter for alle mennesker må bli respektert, beskyttet og oppfylt»*

(Almås & Benestad, 2006, s. 152)

Sykepleiers kunnskaper om anatomiske og fysiologiske forhold som inngår i seksualitetens biologiske aspekt er vesentlig for å kunne forstå og hjelpe mennesker med seksuelle problemer. Ulike sykdommer og behandlingsformer vil kunne påvirke kroppen slik at det går ut over seksualiteten og evnen til å gjennomføre samleie. Dette gjelder blant annet kirurgiske inngrep i underlivet, endetarmen eller blæren som kan skade nervebanene til det lille bekkenet og kjønnsorganene som kan føre til seksuell dysfunksjon (Laurson, 2013). Dersom pasienten opplever seksuelle problemer, nedsettelse eller dysfunksjon etter operasjon kan dette påvirke deres identitet og seksualitet, som er viktig at sykepleierne er oppmerksomme på for at pasienten skal kunne motta helhetlig helsevurdering (Almås, 2004; Laurson, 2013).

### 3.5.3 Seksualitet og stomi

Under innleggelsen på sykehus får pasienten informasjon fra sykepleier om anatomiske og fysiologiske følger stomioperasjonen kan føre til seksuelt. Denne tråden tas igjen opp ved poliklinisk kontroll med stomisykepleier og lege, der det er anledning til å gi pasienten informasjon og praktiske råd knyttet til seksuallivet som vil kunne fremme velvære. Det kan være fra undertøy, posetrek, tømme stomiposen før en legger seg, bruk av mindre poser om natten og samleiestillinger for å forhindre oppmerksomhet rundt stomien i forbindelse ved intimitet (Indrebø, 2013).

Stomi i seg selv er ikke et hinder for et normalt seksualliv, men kirurgiske inngrep kan føre til anatomiske og fysiologiske utfordringer ved seksuallivet (Indrebø, 2013; NORILCO, 2008). Som oftest er det mangel på overskudd etter operasjon og forbindelsen mellom seksualitet, forholdet til egen kropp, usikkerhet og følelsen av å være mindre tiltrekkende som fører til mangel på seksuell lyst og pasienten trenger tid før han vil ha et aktivt seksualliv igjen (NORILCO, 2008). I følge Schuler (2013) skal det i en studie ha kommet frem i resultatene at omtrent halvparten av deltakerne ikke var seksuelt aktive etter operasjonen, og mener det kan ha sammenheng med bekymringer relatert til lekkasje, lyd og lukt og psykologiske bekymringer som å være flau.

Stomioperasjonen fører til anatomisk endring, som hos både menn og kvinner kan gi ulike fysiske problemer og derfor virke inn på seksuallivet. Operasjoner i det lille bekkenet kan hos menn og kvinner føre til fertilitetsproblemer (Indrebø, 2013). Rektumamputasjon og fjerning av tykktarmen fører til romslighet i bekkenet. Smerter hos kvinner kan oppstå på grunn av arrdannelser eller at livmoren blir bakoverbøyd og trekker vagina med seg. Dette kan føre til ”støtsmerter” for både menn og kvinner under samleie. I tillegg vil nerveskader kunne føre til nedsatt følsomhet, nedsatt fuktighet i skjeden og redusert blodtilførsel til klitoris og kjønnsleppene. Det er derfor ikke uvanlig at kvinner får redusert eller manglende orgasme. For menn kan en rektumamputasjon medføre nerveskader som kan føre til midlertidig eller permanent impotens og ejakulasjon kan utebli (Christiansen, 2001; Indrebø, 2013; NORILCO, 2008).

### 3.5.4 Sykepleie og seksualitet

Manglende kunnskaper, tabuforestillinger og usikkerhet bidrar til undervurderinger av seksualitetens betydning for pasienten. I tillegg har sykepleiere en tendens til å vurdere syke mennesker og mennesker med funksjonssvikt som aseksuelle. På den måten utelukkes hensyn til pasientens seksualitet under behandlingen (Laursen, 2013). Saunamäki og Engström (2014) hevder det er mange sykepleiere som unnlater å snakke med pasienter om seksualitet fordi de synes det er vanskelig til tross for kunnskaper om sykdom og behandlingens negative innvirkning, men det finnes også de som tar opp temaet. De som snakker med pasientene om seksualitet gjør det fordi de ønsker å hjelpe i tillegg til at de har kunnskaper som de mener kan bety en forskjell for pasienten. Sykepleiere burde oppmuntre pasientene til å være trygge på egen kropp, stomien, og pasient og partner til nærhet etter operasjonen. I tillegg har sykepleiere kunnskaper om stomiens innvirkning på seksualitet og må oppfordre pasient og partner til god kommunikasjon seg i mellom, kyssing og nærhet etter stomioperasjonen. Med en gang tilhelingen er over, er det greit å gjenoppta "normal" seksuell aktivitet (Burch, 2016). Schuler (2013) mener sykepleiere må åpne opp for samtaler, oppfordre pasientene og møte dem på en måte som gjør at pasienten kan snakke om sine seksuelle bekymringer snarere enn å vente på at pasienten selv skal ta opp temaet. Til tross for kunnskaper om sykdommer og behandlingers negative innvirkning på seksualitet, unngår mange sykepleiere å snakke med pasientene om dette (Saunamäki & Engström, 2014).

### 3.5.5 PLISSIT-modellen

PLISSIT er et akronym som står for Permission given, Limited Information, Specific Suggestion og Intensive Therapy. På norsk sier vi tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi (Almås & Benestad, 2006; Gamnes, 2011; Laursen, 2013; Nilsen, 2013). Psykologen Jack Annon utarbeidet i 1976 denne modellen som ansees som et nyttig verktøy og utgangspunkt. Modellen består av ulike nivåer som beskriver hvordan man skal gå frem når en skal ta tak i pasienters seksuelle problemer og bekymringer (Almås & Benestad, 2006). Filosofien bak modellen viser at sexologisk veiledning kan gis av ulike faggrupper med utdanning der seksualitet og samliv inngår i fagkompetansen. Behovet for spesiell fagkompetanse innenfor nivåene ikke alltid er nødvendig. Modellen er en tiltenkt pyramide, der bunnen omhandler det generelle og

allmennmenneskelige hvor det ikke er behov for spesialist. Toppnivået av pyramiden behandles av helsepersonell med høyere ekspertise. Fra det allmennmenneskelige til ekspertisen øker behovet for kunnskap og erfaringer (Nilsen, 2013). ”Tillatelse” er det nederste nivået i modellen, her er det rom for alle til å snakke om seksualitet. Sykepleieren signaliserer overfor pasienten åpenhet til å snakke om pasientens seksualitet, altså gir tillatelse. Det kreves ingen utdanning for denne typen samtale, men sykepleier må kunne vise trygghet til å snakke om seksualitet (Gamnes, 2011). Nivået ”begrenset informasjon” er for dem som har behov for enkel og saklig informasjon på generell basis. Informasjonen kan blant annet omhandle seksuelle hjelpemidler eller medisinsk behandlings innvirkning på seksuallivet (Gamnes, 2011; Laursen, 2013). Nivået ”spesifikke forslag” er for dem med behov for å stille spørsmål om egen situasjon og som har behov for spesifikke løsningsforslag. Sykepleieren går her mer i dybden og snakker med pasienten om situasjonen han nå befinner seg i (Gamnes, 2011; Laursen, 2013). Det er få som har behov for det fjerde og siste nivået ”intensiv terapi”, men dette krever tid sammen med spesialkompetanse innenfor psykoterapi og sexologi (Gamnes, 2011; Laursen, 2013).

### **3.5.6 Rett til informasjon**

Når sykepleiere har erfaringer med behandling eller sykdoms påvirkning på pasienters seksualliv, er sykepleieren pliktet til å informere om seksuelle problemer som kan oppstå. Sykepleiere jobber tett på pasientene og har god oversikt over informasjonen som blir gitt. De har derfor ansvar for å sikre pasienten nødvendig og tilstrekkelig informasjon (Laursen, 2013). Indrebø (2013). viser til nordisk standard for stomiepleie der stomioperasjon og seksualitet er knyttet sammen. I følge dem skal alle pasienter få individuell tilpasset informasjon, som kan ha betydning for deres seksualliv før og etter en stomioperasjon. Det er nedfelt i pasientrettighetsloven at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å forstå sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, i tillegg til informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informasjon om sykdom- og behandlingsforløp, risikoer og eventuelle bivirkninger skal gis uavhengig om pasienten ber om informasjon. Dersom pasienten stiller tillegsspørsmål skal han også få svar på disse. Pasienten kan også avstå fra informasjon, ved et slikt tilfelle skal pasientens ønske respekteres og informasjonen skal ikke gis (Molven, 2015).

## 4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg belyse problemstillingen; *Hvilke utfordringer opplever stomipasienter knyttet til selvbilde seksualitet og mestring, og hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos denne pasientgruppen?* Problemstillingen blir drøftet med teori og forskning i tillegg til at jeg trekker inn egne tanker og spørsmål som er oppstått gjennom erfaringer og denne skriveprosessen.

### 4.1 Seksuelle utfordringer

Mennesker som får anlagt stomi opplever at det påvirker deres liv psykisk, fysisk, sosialt og seksuelt. I følge Langfeldt og Porter er seksualitet energi som motiverer oss til å søke kjærlighet og nærhet, men uttrykkes også i hvordan vi føler oss, beveger oss, berører og blir berørt (Almås & Benestad, 2006). Dette bekrefter også Gamnes (2011) og Laursen (2013) med teorien der de hevder at seksualitet er en del av menneskets identitet og personlighet, og ikke bare noe fysisk. Mange opplever å måtte endre klesstil grunnet stomien (Anaraki et al., 2012). Jeg vil påstå at det ikke bare innebærer å endre klesstil, men også en del av identiteten gjennom deres uttrykksform. Hvordan mennesker uttrykker seg gjennom klesstil er også en måte å vise velvære, utstråling og at man er komfortabel. Kan man ikke da si at gjennom ”tvungen” endring av klesstil blir også vår seksualitet påvirket? Dette kan være utfordrende å mestre når endret kroppsbilde og fremmedgjøring av kroppen er et velkjent fenomen etter stomioperasjon (Ang et al., 2013; Brown & Randle, 2005).

Teorien hevder stomien i seg selv ikke er et fysisk hindrer for et normalt seksualliv, men at hindringene er knyttet til de personlige følelsene som er oppstått etter operasjonen (Indrebø, 2013; NORILCO, 2008). Stomioperasjoner kan ha innvirkning på egen oppfattelse av egen kropp som resulterer i endret selvbilde, mindreverdigheitskomplekser, følelsen av å være mindre attraktiv og frykt for at partneren reagerer med avsky der avvisning kan bli en konsekvens (Indrebø, 2013; Nilsen, 2013). Å tilpasse seg kroppslige forandringer er utfordrende, psykisk belastende og ikke en uvanlig stressor i den postoperative fasen (Ang et al., 2013). Litteratur og forskning viser til at bekymringene kommer av frykt for lukt, lyd og lekkasje i tillegg til at stomiposens tilstedeværelse påvirker de seksuelle følelsene, og den seksuelle lysten blir redusert fordi det kan være

vanskelig å være avslappet i en intim situasjon (Ang et al., 2013; Brown & Randle, 2005; NORILCO, 2008).

De seksuelle hindringene oppstår ikke bare grunnet følelsene som følger av stomianleggelsen, men er også knyttet til eget forhold til kroppen, usikkerhet og egen opplevelse av å være mindre attraktiv. Begrensningene kan óg komme av komplikasjoner grunnet de anatomiske forandringer som oppstår etter en operasjon hvor endringene hindrer et ”normalt” seksualliv i form av smerter grunnet arrdannelser, nedsatt følsomhet, redusert fuktighet i skjeden, redusert eller manglende orgasme hos kvinner, og blant menn er det ikke unormalt med impotens og fraværende ejakulasjon (Christiansen, 2001; Indrebø, 2013; NORILCO, 2008). Så hva kan egentlig sykepleier foreta seg når slike komplikasjoner oppstår og hvordan kan sykepleiere hjelpe pasientene med seksuelle problemer for å fremme livskvalitet? Brown og Randle (2005) og Ang et al. (2013) viser til det samme som litteraturen, der det i resultatene kommer frem at seksualitet og seksuell lyst er endret på grunn av seksuell dysfunksjon og smerter, samtidig som Schuler (2013) sier at halvparten av pasientene ikke var seksuelt aktive etter operasjonen. I følge Laursen (2013), og Langfeldt og Porter sitert i Almås og Benestad (2006) er seksualitet et grunnleggende behov, og videre mener Langfeldt og Porter at seksualitet er en indre kraft som får oss til å oppsøke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Hva gjøre én da som sykepleier når pasientens livskvalitet er egen oppfattelse av livet, og de fysiske, psykiske og sosiale aspektene er rammet grunnet de seksuelle hindringene? Hva når seksualitet som grunnleggende behov blir undertrykt? Disse faktorene kan spille inn på og påvirke pasientenes egen opplevelse av livet negativt, og føre til redusert livskvalitet. Ved et slikt tilfelle kan sykepleier ta i bruk PLISSIT-modellen som hjelpemiddel. Der det er tre av fire trinn sykepleiere kan benytte for å løse pasienters seksuelle problemer og utfordringer. Ved å benytte PLISSIT-modellen åpner sykepleier for pasienten dialog som handler om seksualitet. Sykepleier kan gi grunnleggende informasjon om hvordan behandlingen kan ha innvirkning på seksuallivet og gi seksuelle råd om for eksempel hjelpemidler som kan bedre samleie og på det siste nivået gi konkrete forslag til pasientens spørsmål og uttrykte vansker. Skulle det vise seg at sykepleiers kompetanse ikke er tilstrekkelig for å løse pasientens problemer vil henvisning til for eksempel psykoterapi eller sexolog være nødvendig for å gjennomføre det øverste og siste trinnet i PLISSIT-modellen ”intensiv terapi” (Gamnes, 2011; Laursen, 2013).



Almås og Benestad (2006) mener PLISSIT-modellen er et nyttig verktøy for blant annet sykepleiere med kunnskaper om sykdom og behandlingens innvirkninger på seksualitet når de skal snakke om seksualitet, men som ikke er spesialister innenfor området. Når seksti prosent av sykepleierne hevder de unnlater å snakke med pasienter om seksualitet fordi de ikke føler seg trygge (Saunamäki et al., 2010), tenker jeg at det ikke nødvendigvis har med kunnskapene å gjøre, men at de synes det er vanskelig å vite hvordan en skal gå frem for å ta opp seksualitet som tema. Dette er noe jeg selv har bekymret meg over. Hvordan skal man gå frem for å snakke om noe så privat, og kan det tenkes at PLISSIT-modellen som et veiledningsverktøy vil være nyttig i samtalen med pasienten? Ayaz og Kubilay (2009) bekrefter i forskningen PLISSIT-modellen som et nyttig verktøy for å løse og besvare pasienters seksuelle problemer og bekymringer. Vil denne modellen kunne åpne opp for at sykepleiere skal ta opp seksuelle problemer? Selv opplever jeg at det er lite oppmerksomhet på sykdom- og behandlingens innvirkning på seksuell helse i sykepleierstudiet, og mener mer undervisning om seksualitet underveis i utdannelsen sammen med verktøy sykepleier kan nytte seg av vil åpne opp og gjøre det lettere å veilede og hjelpe pasientene, slik at de blir tilfreds med egen seksualitet. Schuler (2013) mener det er sykepleierne som må ta initiativ og oppfordre pasientene til å snakke om seksualitet, og ikke vente på at pasientene skal ta opp temaet. Ayaz og Kubilay (2009) viser til at de som hadde blitt veiledet med bruk av PLISSIT-modellen var mer tilfreds ved at de hadde fått løst og funnet ut av seksuelle problemer og bekymringer i motsetning til kontrollgruppen som ikke hadde veiledning.

## 4.2 Støtte

I følge Benner og Wrubel (2001) skaper omsorg rom og mulighet for sykepleiere til å observere stress og mestring på nært hold hos pasientene. Gjennom omsorg blir grunnlaget for hva som er betydningsfullt gitt. Hvilket verdigrunnlag vi får gjennom omsorg former hva man som menneske opplever som stressende og muligheter for mestring. Av det grunnlag mener jeg at dersom omsorgen man har fått omhandler utseende og samfunnets idealkropp vil en fysisk endring som stomianleggelse oppleves mer stressende enn omsorg basert på takknemlighet. Dersom det er tilfelle, vil den fysiske endringen ha samme stressende innvirkning på mennesket? Eller kan en slik kroppslig endring oppleves som lettelse fordi man har fått mulighet til å ha kontroll på avføring eller overlevd kreft? I følge

Renolen (2008) er sosial støtte fundamental for mestring, og utpreger seg spesielt ved vanskelige situasjoner og sykdom. Brown og Randle (2005) får også dette frem gjennom resultatene som tilsier at sosial støtte har vært betydningsfullt for tilpassing og mestring av stomien. Konsultasjon hos stomisykepleier er også belyst som betydningsfullt for pasientene (Brown & Randle, 2005). Jeg tenker at det da kan trekkes en parallell til resultatene presentert av Saunamäki et al. (2010) hvor sykepleiere med videreutdanning viste seg å være tryggere og mer villige til å snakke med pasientene om seksuelle bekymringer.

Det å skulle gi støtte og oppmuntrende ord som pårørende eller sykepleier kan være vanskelig da pasienten ikke nødvendigvis opplever det som troverdig. For hvordan kan én uttrykke at det kommer til å gå bra, når man ikke vet hvordan situasjonen oppleves av pasienten? Fra egen praksiserfaring uttrykte en stomipasient at det var mangel på forbilder som mestrer livet med stomi, og at han skulle ønske at det var mer kjennskap til stomi i samfunnet. Selv om sykepleier har mye kunnskaper og er åpen for kommunikasjon så kan det være vanskelig å nå frem til pasienten (NORILCO, 2008). Gjennom organisasjoner som for eksempel NORILCO kan sykepleier foreslå besøkstjeneste til pasienten som gir mulighet til å stille spørsmål, få råd og erfaringer fra en rehabilitert stomipasient. Det er da gjensidig forståelse for hva en gjennomgår (Indrebø, 2013; NORILCO, 2008). I tillegg kan et slikt møte for pasienten belyse mulighet for mestring ved at den ser at andre aksepterer, mestrer og er forbilder for andre med stomi (Renolen, 2008). Dette utelater ikke betydningen av pårørendes deltagelse i stomiskolen som ga dem mer kunnskaper, forståelse og et god innblikk i sin berørtes situasjon. Det gjorde at de tok de mer ansvar, viste god emosjonell og praktisk støtte og sykepleierne erfarte dem som mer deltagende (Olsen & Jacobsen, 2016).

Pasientene har også rett på informasjon fra helsevesenet for hvilken betydning en operasjon innvirker på videre helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleiere er derfor pliktet til å gi pasientene nødvendig og tilstrekkelig informasjon om konsekvenser som kan oppstå som følge av inngrepet, og hvilken betydning det kan ha for blant annet seksualiteten (Indrebø, 2013; Laursen, 2013). Sykepleiers kunnskaper om seksualitet og seksuell helse er nødvendig for å hjelpe pasientene med seksuelle utfordringer for ivareta helhetlig sykepleie (Laursen, 2013). Under sykehusoppholdet pre- og postoperativt og ved poliklinisk kontroll gis pasienten informasjon og råd om blant

annet undertøy, samleiestillinger og andre praktiske råd som kan bidra til å bryte barrieren for å være intim og gjenoppta seksuallivet (Indrebø, 2013). Sykepleieren bruker da sin posisjon der de har forståelse for helsemessig opplevelse til å veilede pasienten til å forme sykdomsopplevelsen slik at pasienten kan mestre stresset (Benner & Wrubel, 2001).

### **4.3 Sykepleieres frykt og tabuforestillinger**

Sykepleiere har solide kunnskaper om sykdom og behandlingens negative innvirkning på seksuell helse fra litteratur og forskning, men også for hver enkelt pasient gjennom epikriser og operasjonsbeskrivelser. Allikevel unngår sykepleiere å snakke med pasientene om dette (Saunamäki & Engström, 2014). I Saunamäki et al. (2010) sin studie oppga over nitti prosent av sykepleierne at de forstod sykdom og behandlingens innvirkning på seksualitet, to tredeler mente de hadde ansvar for å ta opp seksuelle bekymringer med pasienten og var komfortabel med det, men det var kun tjue prosent av sykepleierne som tok seg tid til å snakke med pasientene. Seksti prosent oppga at de ikke var trygge nok til å snakke med pasientene om seksuelle bekymringer. Men hvorfor er det så vanskelig for sykepleiere som helsepersonell å snakke om seksualitet? I motsetning til Saunamäki og Engström (2014) mener Laursen (2013) sykepleiere har manglete kunnskaper og tabuforestillinger som gjør at pasientenes seksualitet ikke ivaretas. Laursen (2013) mener også at kunnskaper og forståelse av fysiologiske og anatomiske endringer er nødvendig for å kunne hjelpe pasientene med seksuelle bekymringer. Dette underbygger Saunamäki et al. (2010) der de hevder at sykepleierne som hadde en større forståelse av behandlingens påvirkning på seksuell helse og det helhetlige utfallet tok seg tid til å snakke med pasientene om deres bekymringer. Eldre sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning, altså de med mer erfaringer og kunnskaper enn nyutdannede, var også tryggere og mer positive til å snakke om seksualitet.

### **4.4 Sykepleiers rolle**

Nilsen (2013) mener at de fleste som får anlagt stomi opplever det som skremmende og forbinde det med usikkerhet. Dette bekrefter ikke Olsen og Jacobsen (2016). Ved å sørge for god og tilstrekkelig undervisning på stomiskole for pasienter og pårørende før

operasjon og innleggelse på sykehus førte det til at pasientene var mer forberedt og hadde kommet lenger i den mentale forberedelsen og tilpasningen til å håndtere stomistell (Olsen & Jacobsen, 2016). Sykepleierne var for øvrig vant til å måtte vise og veilede i det postoperative forløpet, men blant pasienter som hadde gjennomgått stomiskolen opplevde de pasientene som annerledes fordi de var mer initiativrike, hadde en annen ro over seg, og de mestret den nye situasjonen tidligere. Dette kan trolig knyttes opp mot Eide og Eide (2007) sin teori ved at pasientene som var forberedt klarte å forholde seg til situasjonen og følelsene på en behersket måte. Dette førte til at pasientene kunne ta opp temaer og bekymringer som vanligvis ikke oppsto før poliklinisk oppfølging og sykepleiers rolle gikk fra å være aktiv til en veiledende rolle (Olsen & Jacobsen, 2016). Stress utløses etter som hvordan den enkelte opplever situasjoner og hvilke kognitive vurderinger den enkelte gjør (Reitan, 2010). Pasienter som har eller ikke har gjennomgått stomiskole har derfor ulike kognitive forutsetninger som igjen fører til at de mestrer den postoperative perioden ulikt (Olsen & Jacobsen, 2016). Dette kan tyde på at god undervisning skaper trygghet blant pasientene og pårørende som har gjennomgått stomiskolen og som i mindre grad blir utsatt for stress og følgelig blir mer kapable til å mestre.

## 5. Konklusjon

I oppgaven har jeg drøftet; *Hvilke utfordringer opplever stomipasienter knyttet til selvbylde og seksualitet, og hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme mestring hos denne pasientgruppen?* Ut i fra teori og funnene i forskning er stomianleggelse en belastende påkjenning fysisk og mentalt på pasientene og det er vanskelig for dem å akseptere et ”nytt” liv der en stomi har tatt plass. Denne perioden kan oppleves som en stressende og umulig situasjon der det å komme seg tilbake til en ”normal” hverdag hvor aksept av kroppen, opplevelse av å være seksuell og tiltrekkende, og der et seksualliv igjen kan bli normalt vil være vanskelig for pasienten. Sykepleiere kan sørge for at pasientene kan møte en rehabilitert stomipasient som har akseptert og mestrer livet med stomi, som gir dem et forbilde som reduserer opplevelse av stress og fremmer mulighet for mestring.

Ved at sykepleier sikrer god opplæring og forbereder pasienten preoperativt vil det kunne gi utslag og ha en betydning for pasienten ved at den mentale prosessen for aksept av stomien settes i gang tidligere. På den måten kan bekymringer som vanligvis oppstår etter utskrivelse komme fram allerede i den postoperativ fasen, noe som gir sykepleiere og stomisykepleier med mer erfaringer og kunnskaper mulighet til å løse pasientens bekymringer slik at han føler seg ivaretatt og opplever økt trygghet. For å løse pasientenes bekymringer på best mulig måte kan sykepleierne benytte PLISSIT-modellen som er vist å være et effektivt hjelpemiddel. Dette samtaleverktøyet åpner opp for dialog mellom sykepleier og pasient der det er rom for pasienten til å stille spørsmål og uttrykke bekymringer som omhandler seksualitet, samtidig som sykepleier kan gi råd og spesifikke forslag for å hjelpe pasienten. På den måten kan sykepleier hjelpe pasienten til å ivareta selvbylde og fremme trygghet hos pasienten, og pasienten overkommer sine bekymringer til seksualitet raskere og oppnår tilfredshet ved egen seksualitet.

## 6. Litteraturliste

- Almås, E. (2004). *Sex og sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. . utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmaeilpour, S., & Safaee, A. (2012). Quality of life outcomes in patients living with stoma.(Original Article)(Survey). *Indian Journal of Palliative Care*, 18(3), 176.
- Ang, S. G. M., Chen, H.-C., Siah, R. J. C., He, H.-G., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncology nursing forum*, 40(6), 587. doi: 10.1188/13.ONF.587-594
- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 89-98. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x
- Benner, P., & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74-81. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x
- Burch, J. (2016). Intimacy for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 25(17), S26-S26. doi: 10.12968/bjon.2016.25.17.S26
- Christiansen, A. (2001). Sykepleie til pasienter med stomi. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie: praksis og utvikling: 2* (s. 674-691). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Metode og oppgaveskriving for studenter. I *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 62-81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 71-104). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Indrebø, K. L. (2013). Sykepleie til pasienter med stomi. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg., s. 443-486). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laursen, B. S. (2013). Seksualitet. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg., s. 704-720). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Molven, O. (2015). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I T. E. Mekki & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 70-103). Oslo: Cappelen Damm.
- Nilsen, C. (2013). Sykepleie til pasienter med stomi. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (4. utg., s. 103-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NORILCO. (2008). Stomi/reservoar. Oslo: NORILCO.
- Olsen, I. Ø., & Jacobsen, K. (2016). En ny agenda i stomipleje. *Klinisk Sygepleje*(04), 277-292.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrrettigheter* 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)
- Reitan, A. M. (2006). Mestring. I B. Kamp Nielsen & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (4. utg., s. 157-178). Oslo: Akribe.
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. utg., s. 74-107). Oslo: Akribe.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Rustøen, T. (2016). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad & A. K. T. Heggstad (Red.), *Sykepleieboken: 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 80-109). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3/4), 531-540. doi: 10.1111/jocn.12155
- Schuler, M. S. (2013). "No one said this would be an issue..." Intimacy after ostomy surgery. *Nursing2016*, 43(9), 1-4.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å skrive litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.