Emnekode: Navn:

SPU 110 Silje B. Bekkevold & Rune S. Skagemo

Dato: 18/5-16 Totalt antall sider: 54

54

Stomi og Seksualitet

Ostomy and Sexuality

# Abstrakt:

**Introduksjon:** Tre av fire kreftpasienter er over 65 år, og den genitale seksuelle aktiviteten avtar med alderen, men langt ifra for alle. Seksualitetens innhold og uttrykk forandrer seg i løpet av et liv, og det kan være avgjørende om sykepleiere vet hva som kjennetegner seksualitet i de ulike livsfasene.

**Hensikt:** med denne oppgaven er å belyse pasienters egne erfaringer rundt sin seksualitet et stomi inngrep.

**Metode:** 13 vitenskapelige artikler fra databasene ProQuest, PubMed og Academic Search Premier er analysert, og de inneholdt en kombinasjon av kvalitative- og kvantitative data.

**Resultat:** Pasientene forventer skreddersydd informasjon, da pasientene forteller å eie lite kunnskap om tilgjengelige helsetjenester for seksuelle problemer og de er ikke fornøyde med samtaler med sykepleier om deres seksualitet. Noen av pasientene var ikke seksuelt aktive før inngrepet, dermed hadde stomien liten effekt på deres seksuelle aktivitet. Pasienter med stomi kan ha et verre syn på eget kroppsbilde, redusert- selvrespekt og selvtillit, men kroppsbilde nevnes hovedsakelig kun av kvinner.

**Diskusjon:** Pasientenes erfaringer har blitt diskutert og det viste seg at sykepleiere, vel som pasienter har barrierer for å snakke om seksualitet. Sykepleiernes undervisnings- og veiledningsfunksjon kan ha stor betydning for pasientenes seksualitet.

**Konklusjon:** Det trengs et større fokus på seksualitet, da informasjon og veiledning har en tendens til å følge en medisinsk modell, og ikke mot de psykososiale forandringene som kan oppstå ved en stomi, dermed bør dette tas med videre, både i klinisk- virksomhet og forskning.

**Abstract:**

**Introduction:** Three out of four cancer patients are above 65 years, and the genital sexual activity declines with age, but far from all. Sexual content and expression changes with age, and it can be crucial for nurses to know what characterizes sexuality in lifespan.

**Purpose:** of this study was to examine the patients own experience with their sexuality after a stoma surgery.

**Method:** 13 scientific articles from databases ProQuest, PubMed and Academic Search Premier is analyzed, and they contained a combination of qualitative- and quantitative data.

**Results:** Patients expect tailored information, while admitting to own little knownledge of available health care for sexual problems, and they seem unsatisfied with with their conversations with nurses about their sexuality. Some patients were not sexually active before their surgery, thus had the stoma little effect on their sexual activity. Patients with an ostomy may have a worse outlook on their own body image, reduced- self-respect and self-esteem, but body image was substantilly noted by women.

**Discussion:** Patients experiences have been discussed and it turned out that nurses and patients alike have barriers to conversate about sexuality. Nurses teaching and supervising function can be of great importance for the patients sexuality.

**Conclusion:** There´s a need for a greater focus on sexuality, as information and guidance tends to fallow a medical model, and not towards the psychosocial changes that may occur with an ostomy, therefore this should be taken further, both in clinical activites and research.

**Nøkkelord/Keywords:** Stoma, Sexuality, Cancer Coli, Cancer Recti, Patient.

# Innholdsfortegnelse

Abstrakt: i

Innholdsfortegnelse ii

1.0 Introduksjon 1

1.1 Hensikt 4

2.0 Metode 5

2.1 Inklusjonskriterier 5

2.3 Utvalg og granskning 7

2.4 Analyse 7

2.5 Etiske overveielser 9

3.0 Resultat 10

3.1 Pasienters erfaringer av veiledningsarbeidet 10

3.2 Pasienters erfaringer av fysiske forandringer 11

3.3 Pasienters erfaringer av psykiske forandringer 13

4.0 Diskusjon 16

4.1 Resultatdiskusjon 16

4.2 Metodediskusjon 27

5.0 Konklusjon 29

6.0 Litteraturliste 30

7.0 Vedlegg 35

**Totalt antall ord:** 9 917

# 1.0 Introduksjon

I følge nasjonal kreftstrategi (1) lever det mer enn 200 000 personer i Norge som har eller har hatt kreft. Dette er omtrent tre ganger så mange som i 1980, og hvert år diagnostiseres det litt under 30 000 nye krefttilfeller, mot vel 14 000 i 1980. Økningen i nye krefttilfeller skyldes flere forhold; befolkningsvekst, andel eldre i befolkningen øker, bedre diagnostikk og bedre screening og en reel økning av visse typer kreft. Antall nye krefttilfeller kommer fortsatt til å øke, og kreftregisterets prognoser tilsier at i 2030 vil det kunne diagnostiseres 40 000 mennesker med kreft årlig, der den viktigste årsaken til denne økningen er andelen eldre i befolkningen.

Videre formidler nasjonal kreftstrategi (1) at flere personer overlever kreft nå i dag. Når en ser bort fra dødsfall av andre årsaker enn kreft, levde omtrent halvparten av kreftpasienter 5 år etter diagnosen i 1980, mens nå er andelen mer enn to tredjedeler. Denne økningen skyldes både at kreftdiagnosen stilles tidligere og at kreftbehandlingen er blitt bedre. Men selv om flere overlever, er det fortsatt for mange som dør av kreft, og mer enn 10 000 personer døde av kreft i 2011. Kreft er fortsatt den sykdommen som bidrar mest til for tidlig død. I 2009 døde 2636 menn og 2236 kvinner mellom 35 og 74 år av kreft, henholdsvis 37 % og 50 % av alle dødsfall i denne aldersgruppen.

Etter kvinner med cancer mammae[[1]](#footnote-1) og menn med cancer prostata, utgjør colorektal cancer[[2]](#footnote-2) den vanligste kreftformen hos begge kjønn, og i 2010 fikk nær 4000 personer diagnosen colorektal cancer (1), og Larsen, S. G. (2) legger til at omtrent 2400 får cancer coli[[3]](#footnote-3) årlig, og sykdommen rammer særlig den eldre befolkningen, selv om den kan ramme helt ned i tenårene. Forekomsten av cancer- coli og recti[[4]](#footnote-4) har økt i det siste, og årsaken til dette er trolig endringer i kosthold og livsstil. Norge har den største økningen og den høyeste forekomsten av colorektal cancer i Norden.

Agger, N. P. (3) sier at colorektal cancer kan ha stor innflytelse på seksuallivet, siden kirurgisk behandling ofte føre til en eller flere lesjoner på nervebanene som er relevante for den seksuelle nytelsen. For mange pasienter med stomi kan det i utgangspunktet være vanskelig å fortsette det samme seksuallivet. Ved cancer recti vil endetarmsåpningen ofte bli lukket kirurgisk, noe som umuliggjør anal stimulasjon. For en del homo- og heteroseksuelle kvinner og menn er slike utøvelser sentrale, og postoperativt kan det være en utfordring å etablere nye og meningsfulle seksuelle aktiviteter.

Disse pasientene kan kjenne til sosiale og seksuelle problemer på grunn av sykdommens mer indirekte påvirkning på kroppsbilde, selvtillit og sosial funksjon. Siden sykdomsaktiviteten kan variere, kan det være ganske vanskelig for pasienten og planlegge dagliglivet. Denne usikkerheten kan gjøre det vanskelig å leve ut et normalt seksualliv, og når sykdommen er i ro, kan pasienten langt fra ha lyst og ressurser til å utføre de seksuelle aktivitetene som de har lyst til (4). Borg, T. (5) legger til at dersom seksualitet defineres utelukkende som en forplantningsfunksjon, blir den unødvendig for de fleste av pasientene som rammes av colorektal cancer. Sykepleiere bør dermed ha en bredere definisjon av seksualitet og en forståelse for at alle mennesker er seksuelle vesener uansett alder og livssituasjon. WHO beskriver seksualitet som:

*[…]Et sentralt aspekt ved det å være menneske gjennom hele livet omfatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, meninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, ikke alle dem er alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet er påvirket av et samspill av biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske og åndelige faktorer* (6).

Videre forteller Borg, T. (5) at i voksen alder vil de fleste ha utviklet sin seksuelle identitet, og velger livsform ut fra det. Uavhengig av om man lever i et forhold eller alene, er det viktig å opprettholde sin seksuelle identitet og sitt seksualliv. Enkelte enslige velger bevisst å leve et liv uten seksualitet, men de fleste opprettholder et seksualliv basert på sporadiske forhold og onani. Det er kjent at over tre av fire kreftpasienter er over 65 år, og at den genitale seksuelle aktiviteten avtar med alderen, men langt ifra for alle. Seksualitet er et fint uttrykk for kjærlighet også når vi blir eldre, den fremmer kroppskontakt, forsterker samhørighet og trygghetsfølelse.

”Seksuelle rettigheter er universelle menneskerettigheter basert på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker. For å sikre at enkeltmennesker (…) utvikler sunn seksualitet, må seksualrettighetene bli omtalt, oppmuntret, respektert og forsvart (7, s. 73).” Overførbart fra dette sitatet bør det være like viktig at sykepleiere tar opp temaet seksualitet, som pasienter. For å kunne medvirke, er informasjon en forutsetning (1). Det å ha en definisjon på seksuell helse kan være meningsløst i seg selv, så lenge den ikke baserer seg på det enkelte menneskets eller parets subjektive opplevelse, og det kan bli avgjørende at sykepleiere erkjenner at seksualitet har med helse å gjøre, og at det kan være relativt i møte med pasienter og pårørende.

WHO definerer seksuell helse som: ”[…]integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet (6).” Denne definisjonen fra WHO viser at seksualitet har blitt et bredere begrep, seksualiteten vår er livslang, en viktig del av mennesket og i livet. Pasienter med colorektal cancer kan være affisert på ulike nivå, og det kan være vesentlig for sykepleiere å få høre pasientenes erfaringer rundt sin seksualitet.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (8) sier grunnlaget for all sykepleie er å ivareta respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og skal være kunnskapsbasert. Som hos alle andre pasienter, har sykepleieren mulighet til å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, her- under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket. Dette kan ses i sammenheng med Orems overordnede mål for sykepleien, da sykepleiens generelle hensikt er å opprettholde menneskelig strukturell og funksjonell integritet og velvære gjennom hele livssyklusen, og å fremme normal utvikling. Orems teori er på mange måter lik Hendersons. På samme måte som Henderson ser Orem på sykepleie som erstatning for egenomsorgen i situasjoner der pasienten ikke er i stand til å selv ivareta disse. Videre forteller Orem at sykepleiens problemområde handler om å identifisere ulike typer egenomsorgssvikt. Sykepleie dreier seg delvis om å øke pasientens evne til egenomsorg (9). Orem definerer egenomsorg som: ”Utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære (9, s. 129).”

Dette omfatter dermed det å klargjøre hvilke handlinger som er nødvendige for å regulere ens kroppslige struktur og funksjon, og dermed sikre helse og velvære, men egenomsorgen er rettet mot å møte pasientens egenomsorgskrav, og Orem definerer egenomsorgskravet som: ”Formulerte innsikter om handlinger som må utføres av eller for personer, [og] som er kjent eller antatt nødvendige for å regulere personens menneskelige funksjon og utvikling (9, s. 129).”

Vårt behov for seksualitet kan variere, men Borg, T. (5) påpeker at de fleste som mister deler av sin seksualitet, kan lide sterkt under det. Seksualiteten er en vesentlig del av vår identitet, enten den leves ut eller ikke. Å elske og å kjenne seg elsket er en viktig betingelse for å bevare god helse. Seksualitetens innhold og uttrykk forandrer seg i løpet av et liv, og for å kunne nyte seksualitet, kan det være avgjørende om sykepleieren vet hva som kjennetegner seksualiteten i de ulike livsfasene.

## 1.1 Hensikt

Hensikten med dette studiet er å belyse pasienters egne erfaringer rundt sin seksualitet etter stomi.

# 2.0 Metode

Dette studiet er utført etter en IMRaD-struktur. Studiet er innledet med et abstrakt som inneholder hensikten, anvendte metode, resultat av søk og betydningen av pasientenes erfaringer for utøvd sykepleie.

IMRaD-strukturen er delt inn i fire hovedkategorier: Innledning, metode, resultat og diskusjon. Bakgrunn, tema og hensikt for dette studiet blir presentert i innledningen. Metodedelen beskriver hvordan studiet har blitt gjennomført. Resultatene fra anvendte forskningsartikler presenteres i resultatdelen. Diskusjonsdelen har to deler, resultatdiskusjon og metodediskusjon. Resultatdiskusjonene tar for seg resultatet og setter det opp mot annen litteratur. I metodediskusjonen belyses svakheter og fordeler med studien, og studiet avsluttes med en konklusjon i forhold til om studiet svarer til hensikten (10). Referanser i løpende tekst, sitat og litteraturlisten er etter vancouver-stil.

Dette studiet er en allmenn litteraturstudie, som beskriver og analyserer valgte studier. Det er blitt søkt, kritisk gransket og sammenfattet litteratur innenfor et bestemt område (11). Det er blitt brukt en kombinasjon av kvantitative og kvalitative artikler.

Oversikt over søkestrategier (tabell 1), beskriver hvilke databaser som er blitt brukt, anvendte søkeord, avgrensninger, antall treff og inkluderte artikler. Søkeordene er blitt utarbeidet ut i fra hensikten og kombinert på ulike måter i forsøk på å finne relevante artikler. Besvarelsen på resultatet bygger på 13 vitenskapelige artikler fra disse søkene som er fra ProQuest, PubMed og Academic Search Premier. Ingen manuelle søk.

## 2.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene til dette studiet var pasientenes egne erfaringer rundt sin seksualitet, cancer- coli og recti.

**Tabell 1.** Inneholder databaser som ble brukt, søkeord, avgrensninger, antall treff, antall utvalgte artikler, antall utvalgte artikler for dypere granskning og inkluderte artikler.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Database | Avgrensninger | Søkeord | Antall treff | Antall utvalgte | Antall utvalgte for dypere granskning | Inkluderte |
| ProQuest | Full Text. | Stoma AND sexuality AND cancer coli OR  cancer rectal | 159 | 5 | 5 | 5 |
| ProQuest | Full Text. | Stoma AND Sexuality AND Patient | 322 | 1 | 1 | 1 |
| PubMed | Full Text. | Stoma AND Sexuality | 101 | 1 | 1 | 1 |
| Academic Search Premier | Full Text. | Stoma AND Sexuality | 146 | 14 | 12 | 6 |

## 2.3 Utvalg og granskning

Utvelgelsen av artiklene startet med at forfatterne leste titlene på artiklene. Dermed ble de som virket relevante til hensikten, nærmere undersøkt ved å gjennomgå abstraktet. Etter å ha lest abstraktet, leste forfatterne metodekapittelet, for så å lese artikkelen i sin helhet, for videre å kritisk vurdere om det ble sett noen sammenheng opp mot hensikten.

Det har skjedd tilbakefall i prosessen i utvalg og granskning av artikler, noe som har ført til at søkeprosessen har blitt gjentatt ved flere anledninger, slik at tabell 1 viser oversikten over den siste søkeprosessen, noe som resulterer i at radene for antall- utvalgte og utvalgte for dypere granskning ikke viser til den fullstendige prosessen som har blitt gjennomført.

Det har blitt utarbeidet en tabell (vedlegg 1), tabellen viser forfatter, år, tittel, tidsskrift, land, studiens hensikt, design og intervensjon, deltakere, hovedresultat og kommentar ift. kvalitet. I tillegg til denne tabellen, ligger granskningsprotokollen som er anvendt under prosessen utvalg og granskning (vedlegg 2).

## 2.4 Analyse

Etter å ha valgt ut en rekke artikler og gransket dem iht. hensikten, analyserte forfatterne først teksten ved å skape et helhetsinntrykk, deretter ble resultatet undersøkt ved å identifisere meningsbærende enheter som belyser hensikten.

I det neste steget ble de meningsbærende enhetene systematisert i fargekoder for å enklere visualisere fellestrekk og likheter med resultatene. Disse fargekodene ble så brukt som et grunnlag for å danne subkategorier, som et forsøk på å synliggjøre ulike deler av innholdet. Det dannet seg allerede et bilde av kategoriene da forfatterne dannet subkategoriene, og essensen av disse ble omformulert til et akademisk representativt nivå slik at de kunne anvendes som overskrifter i resultatet (12).

**Tabell 2.** Inneholder meningsbærende enheter, subkategori og kategori.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meningsbærenende enheter** | **Subkategori** | **Kategori** |
| 74% av kvinner rapporterte seksuell dysfunksjon under FSFI indeksen.  Alle kvinner med en nåværende stomi er innenfor rekkevidde av dysfunksjon, sammenlignet med 75% av kvinnene med tidligere stomi og 64% av kvinnene med ingen historikk med stomi.  De med tidligere eller nåværende stomi har lavere seksuell funksjon enn de som aldri har hatt en stomi.  65% av menn kategoriserte seg under IIEF.  67% av menn med nåværende stomi befinner seg innenfor marginen for ereksjonsproblemer, sammenlignet med 82% menn med en tidligere stomi og 60% av menn med ingen tidligere historikk med stomi. | Dysfunksjon hos kvinner.  Dysfunksjon hos menn. | *Pasientenes erfaringer av fysiske forandringer.* |

## 

## 2.5 Etiske overveielser

Forskning gjennomført i Norge skal ifølge lov om behandling av etikk og redelighet i forskning, bidra til at forskning i offentlig og i privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer (13). Noen av våre artikler er ikke offentlig godkjent av etisk komité, men disse har det blitt tatt hensyn til, da de viser til, eller beskriver egne etiske overveielser.

Norsk Senter for Forskningsdata (14) har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler (tidsskrift, serier og forlag). Ved å søke opp journaler, som artiklene er publisert i, vises journalene som nivå 1, 2 eller -[[5]](#footnote-5).

Nivå 1 er ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, og nivå 2 er kanaler med høyest internasjonal prestisje. Journalene og tidsskriftene artiklene er publisert i, er ikke alle anerkjente, og ikke alle er kategorisert i nivå 1 eller 2, men dette er ingen indikasjon på at artiklene ikke kan anvendes..

Noen av artiklene opplyser seg ikke for å være godkjent hos en etiske komité, og et av hovedpunktene i sjekklisten til De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (15) beskriver at data skal være anonymisert, som tilfaller personopplysningsloven.

Artiklene som ikke viser til om de er etiske godkjente har alle anonymisert innsamlet data, og krenker ikke personvernet til deltakerne. Ikke alle artiklene viser til at deltakerne får skriftlig informasjon om studiet, og ikke alle leverer skriftlig samtykke, men de utleverer muntlig informasjon på forhånd, og alle deltakerne deltar frivillig på studiene, noe som anses som muntlig samtykke. På bakgrunn av sjekklisten til De Nasjonale Forskningsetiske komiteene har artiklene blitt gransket og vurdert, og dermed inkludert i studiet hvis de innfrir kravene til sjekklisten og står til studiets hensikt.

# 3.0 Resultat

Resultatdelen er inndelt i tre hovedkategorier. Innholdet i kategoriene vil presentere hovedfunnene i forskningsartiklene opp mot hensikten.

## 3.1 Pasienters erfaringer av veiledningsarbeidet

Pasientene forteller at de ble forsikret av helsepersonell om at intimitet ikke ville bli et problem, og at partneren ikke ville bli støtt av stomien (16). De forventer å få skreddersydd informasjon om hvordan stomien kan påvirke deres seksualitet, men halvparten husker derimot ikke å ha mottatt noen form for informasjon (17). Resterende uttrykker seg for å være fornøyd med undervisningen/veiledningen de har fått omkring det kirurgiske inngrepet. De var derimot ikke fornøyde med samtalene de hadde med sykepleierne angående temaet seksualitet (18), og de beskriver problemer med forståelsen rundt stomiens funksjon (19).

Overlevelse er pasientenes fokus gjennom de første månedene og de sier det er irrelevant å diskutere seksualitet rett etter inngrepet, seksualitet er et tema som blir vesentlig ut over de første månedene (17). Over fire femtedeler av pasientene brukte seks måneder for å bli komfortabel med stomien (20).

Pasientene mener at samtalene ikke kun skal fokusere på de seksuelle dysfunksjonene som kan oppstå, men heller på de psykososiale forandringene. De sier det vil bli enklere å diskutere seksualitet hvis helsepersonell; initierer og oppfordrer til diskusjon uten å gjøre noen stereotypiske antakelser, normaliserer bekymringer ved å gi direkte informasjon om mulige seksuelle konsekvenser av behandlingen og muligheten for behandling hvis seksuelle problemer skulle oppstå, gir de rom for å snakke om seksuelle bekymringer når som helst, har en åpen holdning, opprettholder en personlig tilnærming, har evnen til å skape et trygt miljø ved å plassere diskusjonen i pasientens liv og ikke bare i kontekst av pasientens sykdom, og er oppmerksom på psykososiale forandringer og ikke bare fokuserer på kliniske resultater. Pasientene forteller videre at deres kunnskap om tilgjengelige helsetjenester for seksuelle problemer er begrenset, og de sier at mangel på kunnskap er hovedgrunnen for at det skapes en barriere for å diskutere seksualitet med helsepersonell. De legger til at temaet fortsatt er tabu, og dermed er det flaut å diskutere seksuelle problemer med helsepersonell. De sier at de ville hatt godt av seksuelle hjelpemidler (f.eks. glidemiddel), men å kjøpe disse er sett på som vanskelig og flaut (17).

## 

## 3.2 Pasienters erfaringer av fysiske forandringer

Enkelte menn og kvinner var ikke lenger seksuelt aktive før inngrepet, og dermed hadde inngrepet liten effekt på deres seksualitet (16). Med en høyere alder, faller IIEF[[6]](#footnote-6), FSFI[[7]](#footnote-7), og seksuell ”funksjon ”(hyppighet) (21). Fire femtedeler av pasientene var seksuelt aktive før inngrepet, mens bare en tredjedel av disse forble aktive (20). Mange pasienter med stomi hadde et langt opphold av seksuell aktivitet, og tvilte på evnen til å være seksuelt responsiv (16), mens tredjedel av pasientene sier seg derimot for å være tilfredsstilt med deres seksuelle aktivitet (21).

Alderen på pasientene med stomien plassert på et passende sted er vesentlig høyere, de hadde en betydelig bedre seksuell funksjon, og rapporterte en bedre tilværelse på ulike plan (22). To femtedeler av pasientene hadde derimot problemer med plasseringen av stomien (20), og de forteller om intimitet- og seksuelle problemer relatert til komplikasjoner av inngrepet (23).

Enkelte pasienter rapporterer tap av kontroll, utfordringer rundt stellet av stomien, konstant tarmtonus, problemer med luft, lyd og hudforandringer rundt stomien. De forteller om frykt for at stomien er bråkete, lukter eller faller av, og slike hendelser gjør det ubehagelig selv om partneren kjenner til stomien. De overvåker stadig kroppen sin, utslippet, posen, og for mange av disse var dette komplisert av helsemessige bekymringer, slik at deres libido kunne oppleves nedsatt. De forteller om vedvarende smerte, kvalme, antidepressiva, frykt for uhell, frykt for smerte underveis i samleie, faktorer som resulterer i at de ikke føler seg seksuelt attraktiv. Enkelte pasienter er derimot innforstått med fordelene ved inngrepet, og de fortalte at de følte seg fysisk bedre, økt mestring i sammenheng til det de hadde forventet, og var fornøyd med hvordan stomien så ut (16).

Tarmfunksjonen er tydelig assosiert med FSFI, slik at kvinner med tarmproblematikk rapporterte lavere FSFI (21). Tre fjerdedeler av kvinner med stomi rapporterte seksuell dysfunksjon under FSFI (24), og de kvinnene med en nåværende stomi opplever en større grad av dysfunksjon, sammenlignet med de med en tidligere, eller ingen tidligere stomi (21, 24).

Mange menn og kvinner rapporterer at inkontinens av tarmen leder til følelsen av depresjon og ensomhet, i tillegg til praktiske dilemmaer som pålegger en sosial og følelsesmessig byrde. De forteller at god sex handler om å slippe kontrollen, men de kan bare slippe kontrollen når de er tilfreds med eget kroppsbilde og at de føler en viss kontroll. De som var single, la ofte bort tanken om potensielle seksuelle partnere. Disse fant det vanskelig å se seg selv som en seksuelt attraktiv kropp, når denne kroppen ikke lenger var kontinent for avføring, selv om flesteparten selv er komfortabel med stomien (16).

Tre fjerdedeler av menn med en nåværende stomi forteller om ereksjonsproblemer (21), og to femtedeler av menn rapporterer impotensproblemer (20), sammenlignet med fire femtedeler av menn med en tidligere stomi og tre femtedeler av menn med ingen tidligere stomi (24). Litt over fire femtedeler av menn befant seg under IIEF og menn som nettopp hadde fått en stomi, rapporterte en verre funksjon på IIEF.

Økt alder, lavere sosial støtte og et kirurgi har sammenheng med IIEF, men menn med stomi rapporterte en noenlunde bedre IIEF enn andre overlevende av colorektal cancer (21). Derimot viste denne gruppen oftere symptomer som fatigue, diare og nedsatt IIEF enn menn foruten stomi (25).

Ikke alle pasientene hadde negative erfaringer, og mange var i stand til å gjennomføre grensebrudd når det gjaldt deres seksualitet. Pasienter som hadde en stomi som følge av cancer, var lettet over at et kirurgisk inngrep var mulig og var tilfredse om hva behandlingen resulterte i. I tillegg var enkelte pasienter i stand til å overvinne forlegenhet og ubehag (16).

## 

## 3.3 Pasienters erfaringer av psykiske forandringer

Kroppsbildet og depresjon ble hovedsakelig kun nevnt av kvinner (23), men pasienter med en nåværende stomi har et verre syn på sitt eget kroppsbilde (24), og kvinner rapporterte en høyere stand av depresjonssymptomer enn menn (21). Tre femtedeler av pasientene hadde følelsen av depresjon, og kunne knyttes til plasseringen av stomien (20, 25).

Mangelfull kontroll over eliminasjonen gjør at enkelte føler seg som barn igjen, og dette gjør det vanskelig å leve fult ut i sosiale relasjoner (16). Enkelte menn møter utfordringer ved å forme nye mønstre for maskulinitet, og over tid skape forventninger om å utvikle sin ideelle, dominerende og ønskede posisjon, slik at de får følelsen av å bli reintegrert i den sosiale verden (26).

Økt alder og dårligere livskvalitet har sammenheng med en lavere FSFI (21). Under halvparten av pasientene mente at stomien forverret livskvaliteten (21, 25, 27). Enkelte forteller om lange og vanskelige perioder med inkontinens, smerter og infeksjoner, og disse forteller om en forbedring i deres livskvalitet (16). En femtedel av pasientene hadde en følelse av å være seksuelt uattraktiv, selv om andre aspekter av deres liv ble forbedret (16, 28).

Det er mer sannsynlig at menn er inngått i parforhold enn kvinner, og et parforhold ser ut til å gi en bedre seksuell funksjon (21). Pasientene forteller om en sammenheng mellom kroppsbilde, seksuell- og ekteskapelig tilfredshet, og når ekteskapelig tilfredshet er stor, gir det en større og bedre livskvalitet (25). Mange pasienter forteller derimot om en rollekonflikt, da partneren blir både elsker og omsorgsperson, noe som kompliserte deres intimitetsforhold (16), dermed kan pasienter med stomi vise til dårligere funksjon relatert til psykisk, rolle, sosial, emosjonell, generell helse og livskvalitet (25).

Mannlige pasienter viste sine reaksjoner etter inngrepet kun privat og ikke i offentligheten. Disse prosessene krevde interne- og eksterne ressurser som ses på som kvinnelige egenskaper; følsomhet, omsorg, avhengighet og sårbarhet (26), men tiden etter inngrepet og kroppsbildet deres kan ikke ses i sammenheng med IIEF (21). Det å komme tilbake til hverdagen handlet om æren hos den enkelte som ledet forventningene og deres handlinger i hjemmet, og i det sosiale liv. De uttrykker en standard av maskulinitet, som samsvarer til det å være mann, en person som er i med sine forpliktelser, i rollene som far og ektemann, et merke for hjemmet og på jobb (26).

Det er viktig for pasientene å ha muligheten til å være intime, og ha et godt forhold til partneren. Det å være intime verdsettes mer, enn å ha direkte samleie med partneren (17). Seksualiteten er for enkelte menn knyttet direkte til genitalier, uavhengig av alder. Andre menn sier derimot, at det største problemet er med å komme seg tilbake til arbeid (26).

Pasienter med stomi har et dårligere kroppsbilde og seksuell tilfredsstillelse (25), men ikke alle pasientene hadde gjenopptatt seksuell aktivitet etter inngrepet, og hadde heller ikke et ønske om det. Noen føler seg ikke sterk nok, og noen føler ikke et ønske for seksuell aktivitet. En kvinne hadde beskrevet frykt for at et samleie ville forårsake smerte, mens alle pasientene mener at deres attraktivitet hadde gått ned siden inngrepet. En kvinne hadde kjøpt en vakker lang bluse å dekke stomien for å føle seg mer attraktiv når hun hadde samleie, men hun sa at "samleie er bare ikke like moro med stomi (19).”Sammenliknet med menn, rapporterte kvinner mindre ønske, lyst, aktivitet og seksuell tilfredsstillhet (21).

En femtedel av pasientene er redd for at noe pinlig ville skje underveis i samleiet(28), og de forteller om ubehag omkring utseendet til stomien. De uttrykker at det ikke kun finnes en fysisk barriere, men også barrierer knyttet til andre sanseinntrykk. Enkelte beskriver tilstedeværelsen av stomien, av noe som kan ta bort sensuelle moment (16, 19). Da de fant ut at de hadde mistet kontrollen over en del av eliminasjonen ble det beskrevet som dramatisk for enkelte, men de erkjente at den daglige egenomsorgen krever endringer i flere aspekter av livet og kan føre til pinlige situasjoner (26). De fleste pasienter forteller at de opplever stomien som stygg, noe som skal beskyttes og holdes hemmelig, og at stomien føltes påtrengende slik at kreativitet rundt stomien ble utenkelig (16).

Noen pasienter godtok stomien med resignasjon, andre nektet først, men endte opp med å samtykke (26). De finner derimot mening med deres fysiske liv, i tillegg til deres sosiale, emosjonelle og intellektuelle. Andre pasienter hadde det vanskelig for å akseptere stomien som permanent, ble forstyrret av arrdannelse, og vanskeligheter med å adressere seg til deres nye kroppsbilde (16).

Pasientene forteller om vanskeligheter med å tilpasse seg skammen/flauheten, og frykt forbundet med mulig forlegenhet som fører til at de unngår ukjente eller offentlige situasjoner (16, 28). Pasientene forteller at deres partner ofte viste åpenhet om at det kunne oppstå lekkasjer og søl, men det gjorde det ikke mindre flaut og ukomfortabelt. Forandring i kroppsbildet, selvbildet, og selvtillit rammet de som ikke hadde støttende venner og/eller familie, eller familie og venner som fremdeles behandlet de som syk etter operasjonen. For mange pasienter ble kunnskap, verdier og overbevisninger omvurdert i prosessen med å gi tilbake meningen med livet, da kroppens utseende måtte endres (19).

I begynnelsen var pasientene mer avhengig av omsorgspersonene rundt seg, men over tid klarte de å skape tillit til sin egenomsorg. Oppgaven om å få livet tilbake i kontroll forble en vanskelig oppgave da de hadde bekymringer rundt seksuelle aktiviteter. Menn er mer tydelig på dette, og uttrykker; du er mindre mann, du blir svakere, har ingen lyst, jeg har lyst – men ingen ereksjon (26).

Pasientene forteller om følelsen av å være annerledes og å ha redusert- selvrespekt og selvtillit. Følelser som avsky, emosjonelt sjokk og frykt for å skade stomien etter inngrepet forekommer ofte, men hjemme var det derimot mer behagelig å se på stomien, og de kunne gjerne se på den i dusjen eller i speilet (19).

# 4.0 Diskusjon

## 4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med dette studiet er å belyse pasienters egne erfaringer rundt sin seksualitet etter stomi. Det viser seg ut fra resultatet at pasientene forventer å få skreddersydd informasjon om hvordan stomien påvirker deres seksualitet, men halvparten husker ikke å ha mottatt noen form for informasjon rundt dette. Hjelpende informasjon er formidlingen av kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta i mot. Å tilpasse informasjonen til pasientens behov krever omtanke av sykepleieren. Informasjonen skal frem, og pasienten skal både høre, forstå og huske det som er nødvendig, slik de føler seg sett og hørt.

Man kan spørre pasienten hva som trengs av informasjon, men det trenger ikke være tilstrekkelig nok. Ofte vet pasienten selv ikke hva han eller hun trenger, situasjonen kan bli uoversiktlig, og man vet ikke hva en som sykepleier kan bidra med (29), dette understrekes av Orem, da hun betegner sykepleie som en profesjon, og vektlegger at sykepleieren må være utdannet. Det er ikke nok å ha gjennomgått praktisk opplæring. Hun begrunner dette med at sykepleie bygger på et omfattende teoretisk grunnlag som en ikke kan tilegne seg bare gjennom praktisk trening og erfaring (30). Resultatet viser til at overlevelse er pasientenes fokus de første månedene etter det kirurgiske inngrepet, og de forteller at det er irrelevant å diskutere seksualitet med helsetjenesten rett etter dette. Dette bekreftes av Gregory, P. (31) som sier seksuelle problemer ikke er viktig sammenliknet med prosessen med å bekjempe grunnsykdommen og det å holde tritt med behandlingsforløpet.

Sykepleiere vet ganske mye om hva pasienten trenger informasjon om, men har sjelden fullstendig oversikt over hva pasienten trenger å vite (29). men Reese, J, B., Keefe, F, J., Somers, T, J & Abernethy, A, P. (32) sier at det fortsatt er betydelige begrensninger i dagens tilnærminger til temaet seksualitet, noe som støttes av Crouch, S. (33) da 90 % av kreftsykepleierne hadde snakket til kun 10 pasienter angående seksualitet i løpet av hele 6 måneder. Nasjonal kreftstrategi (1) formidler også dette, da tilbakemeldinger fra pasientene peker på informasjon og kommunikasjon som viktige forbedringsområder. Dette kan tyde på at sykepleiere bør ta større ansvar i å initiere slike samtaler med pasientene. Orem uttrykker at hvis sykepleiere skal kunne være til hjelp for sine pasienter, må det være etablert et menneske til menneske forhold (30). Kontaktforholdet bør kanskje ikke være et mål i seg selv, men det bør være rettet mot å kunne identifisere og dekke pasientens egenomsorgsbehov. Opplevelse av tilgjengelighet, kan være vesentlig i denne sammenhengen, at andre er der når det trengs (34).

”[…] en relation där man blir positivt bemött och trodd, där man inte behöver gardera sig, där man kännar sig respekterad och inte betraktad ”som en avvikande ”(34, s. 119).” Orems ”menneske til menneske forhold ”kan ses i betraktning med Anderssons begrepsavklaring av relasjoner, men sykepleierens egen relasjonstrygghet kan være like viktig. Sykepleiere bør kunne kjenne på sine egne følelser og egen sårbarhet. Dersom sykepleiere ikke er åpne for egne reaksjoner og følelser, kan møtet med pasienten bli et møte der det legges større vekt på å dekke egne behov (34). Selv om man har en relasjon til pasienten, og selv har informert om både det ene og det andre, er det ikke sikkert at pasienten har fått alt med seg (29). Det som ikke var aktuell informasjon da, er kanskje blitt aktuell informasjon nå.

En kan forstå ut i fra resultatet at pasientene ikke er fornøyde med samtalene de hadde med sykepleiere angående temaet seksualitet, og de nevner at seksualitet fortsatt er tabu, derfor er det flaut å diskutere dette temaet med helsetjenesten. Borg, T. (5) sier at mange sykepleiere unngår å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Noe som han begrunner i at sykepleiere velger å unngå dette temaet ved å late som om det ikke eksisterer.Det kan mulig antas at det eksisterer en overdreven respekt for temaet seksualitet, slik at det fører til at dette temaet ikke kommer opp, derimot forteller resultatet at disse samtalene, ikke kun skal fokusere på seksuelle dysfunksjoner, men heller på de psykososiale forandringene som kan oppstå. Dette støttes av Reese, B, J., et. al (32) som sier tilnærmingen til seksuelle problemer har en tendens til å følge en medisinsk modell av temaet seksualitet, noe som fører til at pasientenes viktige bekymringer rundt temaet faller bort. Orem mener at pasientene må være mentalt forberedt på å gjennomføre en samtale, noe som ikke er tilfellet hvis pasientene ikke er klar over at de mangler kunnskap, eller hvis de ikke er interessert i å motta ny informasjon. Sykepleieren bør derfor motivere pasienten for å kunne utføre en samtale, ved å hjelpe de selv til å se betydningen. Sykepleieren må forsøke å identifisere pasientenes behov og ta hensyn til deres bakgrunn, tidligere erfaringer, vaner og livsstil, ønsker og egenomsorgsbehov når samtalen skal planlegges og gjennomføres (30).

Borg, T. (5) hevder at mange sykepleiere stiller alt for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, og mangel på kunnskap kan gjøre det vanskelig å snakke om seksualitet med pasientene (31, 33). Dersom dette er tilfellet, kan sykepleierne styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (5). Sykepleiere bør delta i pasientens anstrengelse for å nå målet. Ved å gi støtte, mener Orem sykepleiere har mulighet til å gi oppmuntring og hjelp, noe som kan minske risikoen for at pasienten skal feile og mislykkes, noe som kan hjelpe pasienten til å unngå ubehagelige situasjoner (30). Situasjonen kan derimot være ny og ukjent, utrygg og skremmende, og pasienten kan mangle både motivasjon og tro på sin egen evne til å mestre dette.

Som sykepleier bør en være åpen og nysgjerrig, og forberedt på at pasienten kan ha andre uttrykk for seksualitet enn en selv har. Borg, T. (5) sier det er viktig å forstå sin egen seksualitet, og når man arbeider med andres seksualitet, bør man også kontinuerlig arbeide med sin egen. Dette bekreftes av Crouch, S. (33) da sykepleiere behøver å komme til enighet med sin egen seksualitet. Forsøke å finne hensiktsmessige metoder som gir rom for læring, og som ikke hemmer pasienters privatliv og verdighet. Sexologer hever at et avklart forhold til sin egen seksualitet er en forutsetning for å kunne være til støtte for andre med potensielle- eller seksuelle problemer (5), men Crouch, S. (33) opplyser om at sykepleiere bare vil diskutere seksualitet hvis pasienten initierer samtalen først. Sykepleiere er kanskje forlegne (31) og Beck, M & Justham, D (35) legger til at 50% av sykepleierne føler seg ukomfortabel med å diskutere enkelte aspekter ved seksualitet. Det kan dermed antas at sykepleiere som ikke har reflektert godt nok over egen seksualitet, som kan skape barrierer for å initiere og lede samtaler med seksualitet som tema. Foruten de negative implikasjonene av en stomi er det også velkjent, ut i fra resultatet, at inngrepet bedrer sexlivet, og bringer par tettere på hverandre. Dette bekreftes av Berndtsson, I., Öresland, T., & Laurberg, S. (4) når respondentene av stomiopererte fant det vesentlig å involvere partneren i alle deler av behandlingsforløpet, herunder i den seksuelle rådgivningen. Nesten alle pasienter (97 %) mente at seksuelle problemer burde inngå som et naturlig aspekt i behandlingsinformasjonen, men kun 42 % hadde mottatt denne informasjonen.

Det kommer frem ut i fra resultatet at pasientene eier lite kunnskap om tilgjengelige helsetjenester for seksuelle problemer, og de forteller at mangel på kunnskap er hovedproblemet for at det skapes en barriere for å diskutere seksuell helse med helsetjenesten. Orem sier at en helt sentral side ved menneskets evne til å utøve egenomsorg dreier seg om kunnskap (30). Videre formidler hun at det grunnleggende trekket ved mennesket er evnen til å kunne lære, å tilegne seg kunnskap, samt. psykomotoriske ferdigheter, og til å gjøre bruk av disse kunnskapene og ferdighetene i utøvelsen av egenomsorg. Problemet kan ligge i at pasientene ikke har evnen til å knytte seg ny kunnskap, hvis de ikke informeres. Sykepleiere har derimot kunnskaper om grunnsykdommen og behandlingen som det antas at pasienten ikke har (5), men pasienten skal i utgangspunktet få denne informasjonen selv uten å ta initiativ eller kreve å bli informert jfr. pasient- og brukerettighetsloven § 3-2. Lovens formål, andre ledd; ”[…] bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet, ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (36).”

Den internasjonale sykepleieorganisasjonen (37), sier også i sine retningslinjer at pasienten har rett til å vite hva som skjer, og har krav på å få nok informasjon til at pasienten kan ta del i de beslutningene som gjelder. Crouch, S. (33) forteller imidlertidig at holdningene til sykepleiere blir sett på som konservative og rigide. Sykepleiere demonstrerer en tendens til å vurdere pasientenes seksuelle problemer som et upassende problem innenfor sykepleie (31, 35)

Borg, T. (5) hevder at informasjon om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for seksuell helse bør helst gis til pasienten og pasientens partner sammen. 90% av stomisykepleiere har en positiv holdning til seksualitet, og vil inkludere seksualitet i diskusjon med pasienter, men 84% av stomisykepleierne hadde ikke mottatt noen form for formell opplæring i hvordan å fullføre en seksuell vurdering- eller historie (35). Resultatet sier at ved å adressere temaet seksualitet i samtale med par, vil sykepleiere kunne bidra til større åpenhet og mulighet for forståelse. Alle kan oppleve perioder i livet som ikke optimale, dermed kan varme, nærhet og ømhet være sider av seksualiteten som er spesielt viktige i slike perioder, noe som støttes av Reese, J, B., et. al (32) som mener man kan øke fordelene ved seksualitet ved å direkte adressere temaet i samtale med par. Imidlertidig føler sykepleiere seg mindre trygg når de arbeider med problemstillinger spesielt knyttet til seksuelle funksjoner (35). Seksualiteten bør dermed bli inndratt som en naturlig del av informasjonen og rådgivningen i forbindelse med behandling og postoperativ pleie, noe Berndtsson, I., Öresland, T., & Laurberg, S. (4) sier er legen og sykepleieren sitt ansvar, og erfaringsmessig kan man ikke forvente at pasienten og partner uoppfordret tar opp denne problemstillingen.

”Handlinger og aktiviteter som er nødvendige for at en skal opprettholde helse og utvikling, må læres, og de påvirkes av mange faktorer, deriblant alder, modning og kultur (38, s. 17).” Orem (38) sier grunnen kan være at det foreligger barrierer eller begrensninger for egenomsorgen. Pasientene kan mangle kunnskaper om seg selv, og har kanskje ikke ha noe ønske om å vite noe mer. Det kan være vanskelig å ta avgjørelser som gjelder egen helse. Det kan også være en utfordring å utforske seg selv, og det kan være problemer med å delta i planleggingen og utøvelsen av egenomsorg, på grunn av fysisk, psykisk eller emosjonell svikt.

Det viser seg i resultatet at enkelte pasienter ikke er seksuelt aktive før det kirurgiske inngrepet, og dermed har stomien liten effekt hos disse på deres seksualitet, og med en høyere alder faller IIEF, FSFI og seksuell funksjon (hyppighet). Borg, T. (5) forteller at over tre av fire kreftpasienter er over 65 år, og den genitale seksuelle aktiviteten avtar med alderen, men langt i fra for alle. Denne utviklingen utelukker ikke nødvendigvis et godt seksualliv. Gamnes, S. (7) sier de seksuelle behovene kan forsterke seg med årene, fordi man opplever tap på andre områder. Så lenge de eldre er friske og klarer seg selv, er ikke alderdommen til hinder for å utfolde sin livslyst. Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov foreligger hos pasienter med stomi fordi det har forekommet et funksjons-tap eller begrensninger (30).

”[…] å være oppmerksom på og ta hensyn til konsekvenser av sykdom og helsesvikt (30, s. 232).” Orem (30) forankrer dette sitatet ved å forklare at forandringer i funksjonsevne eller i handlinger og vaner i dagliglivet kan føre til at pasienter retter oppmerksomheten mot seg selv. Situasjonen kan føre til en rekke spørsmål både fra personen selv, fra familie og venner. En pasient som har fått stomi, kan bli indirekte tvunget til å tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter når det gjelder seksualitet. Seksualiteten omfatter livslysten, og for veldig mange vil den seksuelle lystfølelsen vare livet ut, men evnen til seksuell aktivitet kan avta med årene (7). Pre-operativt seksuelle aktive menn varierer fra 37-79 %, og av disse er det 5-88 % som uttrykker en form for seksuell dysfunksjon, og en økning i impotens og/eller ejakulasjonsproblemer blir oftest rapportert (39). Gamnes, S. (7) utdyper dette ved å formidle at den hyppigste årsaken blant eldre menn er ereksjonsproblemer, men ereksjonsproblemene er økende fra 40-årsalderen, og ca. 65 % av menn over 70 år sliter allerede med dette. Menn med årene vil reagere langsommere på seksuell stimulering. Mens full ereksjon av penis kunne skje i løpet av sekunder i ungdomstiden, dreier det seg nå kanskje om minutter. For de fleste over 60 år er ereksjonen heller ikke så hard som tidligere, og det kan bli vanskelig å opprettholde den så lenge som ønskelig, men dette ses hovedsakelig som resultat av forandringene ved blodårene i penis (40), men Traa, M. J. et. al (39) sier at seksuell tilfredsstillelse hos menn avtar etter et stomi inngrep, og i en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 5 år, rapporterte 64% av mennene seg for å være utilfreds med deres nåværende seksuelle funksjon. Berndtsson, I., Öresland, T., & Laurberg, S. (4) forteller derimot at en del stomiopererte menn rapporterer om sekundære seksuelle problemer[[8]](#footnote-8), og at det er vanskelig å skille mellom biologisk- og psykologisk opprinnelse, og normale aldersforandringer.

Videre formidler Traa, M. J. et. al (39) om at pre-operativt seksuelle aktive kvinner varierer fra 27-78 %, og kvinner som var seksuelt aktive før inngrepet, forble aktive post-operativt, men disse forteller om dyspareuni og vaginal tørrhet. Det hyppigste aldersproblemet for kvinner er tørre og tynne slimhinner i skjeden, som fører til sårhet ved samleie og vevet i skjedeveggen er avhengig av østrogen for å holde seg optimalt (7). Fra overgangsalderen vil det derfor være en tendens til at slimhinnen blir tynnere og skjørere, samtidig som elastisiteten avtar. Begge deler kan føre til sårhet, rifter og smerter under samleiet. En forverrede faktor er det også at kjertlene i og omkring skjedeåpningen ikke produserer så mye fuktighet, eller smøremiddel som tidligere. Kapasiteten deres er nedsatt, og dels trenger de å stimuleres i lengre tid før produksjonen blir merkbar (40). Dette bekrefter Traa, M. J. et. al (39), og legger til at en økt alder hos kvinner kan gi mindre opphisselse og mindre antall gjennomførte samleier per måned.

Det kan antas ut fra resultatet at sykepleiere bør anskaffe seg mer kunnskap om seksualitet, og bruke denne kunnskapen til å kunne understøtte sykepleien som utøves, men i en voksen alder har de fleste utviklet sin seksuelle identitet, og velger livsform ut i fra dette. Uavhengig av om man lever i et forhold eller alene, kan det være viktig å kunne opprettholde sin seksuelle identitet og sitt seksualliv. Enkelte enslige velger å leve et liv uten seksualitet, men at de fleste opprettholder et seksualliv basert på sporadiske forhold og onani (5). Enkelte kvinner ikke fortalte om langsiktige utfordringer og var i stand til å gjennomføre samleie med ektefellen, mens enkelte kvinner måtte gjennomføre andre erotiske aktiviteter, som for eksempel oralsex. Disse kvinnene var i stand til å opprettholde et seksuelt parforhold, mens andre kvinner valgte å ikke lenger være seksuelt aktiv på grunn av alderen, eller at de ikke greide å forsone seg med avskyen, eller potensielle reaksjoner som de ville få gå grunn av stomien. En økende alder har dermed betydning for seksuell dysfunksjon, tap av seksuell aktivitet og en forverring i orgasmefunksjonen (39). Det kan dermed antas at pasienter med stomi opplever seksuelle dysfunksjoner før inngrepet med grunn i generelle aldersforandringer, men endringene i deres seksualitet oppdages kanskje ikke før etter inngrepets påvirkning. Weerakoon, P. (41) sier derimot at en stomi vil kunne påvirke det biologiske samt. de psykososiale aspektene ved seksuell funksjon. Den kan resultere i problemer med lyst, opphisselse, orgasme og eventuell seksuell smerte. Seksualiteten vår omfatter ikke bare selve akten, men seksuell atferd, holdninger og begjær, og det psykologiske- og fysiologiske samspillet av menneskelig seksuell respons. En forståelse av disse seksuelle bekymringene og evnen til å håndtere det på både personlig og profesjonelt nivå kan være viktig for utfallet, slik at sykepleien som utøves blir profesjonell, derimot er det leit at seksualitet blir beskrevet som et område som bare er diskutert av og til, og som ofte unngås av sykepleiere (35).

Seksualitet og det å ha seksuelle følelser er en del av det og være menneske, og Ayaz, S. forteller videre at ifølge Maslow's definisjon (42), er seksualiteten en av de grunnleggende menneskelige behov for å kunne opprettholde liv. Seksuelle behov er det laveste trinnet i Maslow´s grunnleggende behovspyramide, og bør bli respektert deretter. Seksuelle behov kan påvirkes negativt og endringer kan forekomme i pasientenes seksuell funksjon. Derimot viser resultatet at enkelte ikke var seksuelt aktive før inngrepet, og mange pasienter er tilfredsstilt med deres seksuelle aktivitet. For disse pasientene vil seksualitet ikke være et like sentralt grunnleggende behov, noe sykepleiere kan avklare med Orems kommunikasjon i relasjon.

”En viktig del av å være en frisk person er evnen til å tilfredsstille behovet for kjærlighet, intimitet og seksuell tilfredsstillelse (35).” Ifølge Håkonsen, K. M. (43) hevder Maslow at mennesket strever etter vekst og utvikling, realisering av sine evner og behov. De mer grunnleggende behovene må (i det minste delvis) tilfredsstilles før behov som er høyere i hierarkiet, blir framtredende. Ut i fra dette kan det tolkes at så lenge vi er i et beskyttende og støttende miljø, har vi mulighet til bevege oss oppover i behovshierarkiet, dermed kan det være vesentlig for sykepleiere å forstå at ikke alle har seksualitet som et sentralt grunnleggende behov. Slike omgivelser tillater at vi kan nå det høyeste nivået, selvrealisering. Kirkevold, M. (9) sier egenomsorgskravene til Orem er formulerte mål som må til for å sikre helse og velvære: ”[…]fremming av menneskelig funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper i henhold til menneskelig potensial, kjente menneskelige begrensninger og det menneskelige ønsket om å være normal (9, s. 130).”

Dette er et av de universelle egenomsorgskravene til Orem som er knyttet til antakelsen om at mennesket må iverksette egenomsorg for å opprettholde menneskelig funksjon, disse egenomsorgskravene er felles for alle mennesker, men kravet til handling må tilpasses den enkeltes alder (30). Seksualitet er fortsatt i stor grad er fremstilt i media og blant befolkningen, noe som kun foreligger de unge og perfekte (41), men Beck, M. & Justham, D. (35) sier at hver enkelt person har rett til å nyte en tilstand av seksuell helse, upåvirket av sykdom, alder, med eller uten stomi. Dette kan være vesentlig, siden et godt forhold til seksualitet fremmer kroppskontakt og forsterker samhørighet og trygghetsfølelse (5).

Hvis sykepleiere gir muligheter for åpen og generell kommunikasjon for pasienter med stomi, kan det bli mer sannsynlig at sykepleiere styrker positive følelser. Sykepleiere bør dermed oppfordre pasienter til å uttrykke sine følelser og søke veiledning etter behov (44). Slik kan kjønnsidentiteten bli styrket, livskraft samt. livsglede opprettholdes og kroppsfunksjonene forbedres. Seksualitet er dermed et fint uttrykk for kjærlighet også når vi blir eldre. Gamnes, S. (7) uttrykker at seksualitet og samliv sjelden er et tema for den eldre generasjonen, men kanskje ville mange fått et bedre samliv hvis de ble gitt tillatelse til å snakke om dette. Ved å informere om de vanligste problemene som oppstår i alderdommen, og om hvordan de kan avhjelpes, kan problemene mulig forebygges og reduseres.

En kan forstå ut i fra resultatet at nåværende pasienter med stomi har et verre syn på sitt eget kroppsbilde, følelsen av å være annerledes, redusert- selvrespekt og selvtillit, men kroppsbilde nevnes hovedsakelig kun av kvinner. Håkonsen, K. M. (43) sier selvbildet er en del av selvet, men begrepet brukes for å beskrive hvordan vi vurderer oss selv. Selvbildet er vår evaluering av oss selv på en positiv eller negativ måte, og vår beskrivelse av oss selv- positivt eller negativt- synes å være relativt stabil over tid og i ulike situasjoner. De fleste mennesker har dermed syn på seg selv som enten overveiende positivt eller negativt, uavhengig av hvilken situasjon en befinner seg i, men Crouch, S. (33) sier at forskjellige pasienter holder ulike syn på hva som utgjør ”selvet. ”

Hvordan vi tenker om kroppen, hvilke deler den består av, hvordan den fungerer, hva den har godt av og ikke, har konsekvenser for hvordan vi tenker om kroppen. Når temaet er seksualitet, blir kanskje de fleste raskt klar over hva man tenker om kroppens seksuelle behov. Noen vil kanskje definere seksualitet som et så sterkt behov og dermed så viktig for hele deres helse, at de frykter skadevirkningene hvis de ikke jevnlig opplever seksuell tilfredsstillelse. For de vil nesten alle begrensninger på seksuell praksis fremstå som potensielt helseskadelige (45). Weerakoon, P. legger til at det er den plutselige endringen i kroppsbilde som forekommer ved etableringen av en stomi, som gjør det vanskelig. En forandring som i prinsippet ikke er ønsket og som forårsaker en forandring av kroppslig funksjon. Denne plutselige forandringen av endret utseende og funksjon resulterer i negative assosiasjoner knyttet til kroppsbilde, seksuell selvbilde og selvfølelse som kan være vanskelig å takle for pasientene. (41) Videre formidler Thorbjørnsrud, B. (45) at andre kan imidlertidig definere fri seksualmoral som skadelig for utviklingen av helse. Ut fra deres kroppsoppfatning representerer seksualiteten noe som bør disiplineres og begrenses til ekteskapets rammer. Slike ulike oppfatninger av seksualitet, og dermed av moralske regler, kan gi motsatte holdninger til for eksempel homoseksualitet. For den første gruppen vil det igjen være skadelig ikke å leve ut sin homoseksualitet, mens for det for den andre vil være skadelig å gjøre det.

Kroppsbildet er måten vi ser oss selv, og holdningen vi har mot vår egen kropp, kroppen vår endrer seg gradvis med tiden, og som regel vil vi lære å akseptere disse endringene (41), men Solvoll, B-A. (46) forteller at en pasient som føler seg syk, kan oppleve endringer av kroppens utseende. Endringer trenger ikke være så tydelige for andre, men kan likevel oppleves belastende av pasienten selv. Det kan dermed antas at pasienter med stomi, kan oppleve seg som ”innesperret” og forhindret fra å leve slik de gjorde tidligere. Dersom enkeltpersoner opplever en endret kroppsbilde, forteller Brown, H. og Randle, J. (44) at det er viktig at pasientene støttes. Dette er særlig aktuelt når det er foreslått at dårlig oppfølging av et stomi inngrep, har vist seg å lede an til depresjon. Dette bekreftes av Solvoll, B-A. (46) som mener støtte fra andre, for eksempel familie eller venner, har stor betydning. Orem har derimot som utgangspunkt at mennesket har bestemte grunnleggende behov av fysiologisk, psykologisk og sosial art, og at disse grunnleggende behovene blir ivaretatt på ulike måter i ulike samfunn (30). Hun nevner ikke spesifikt menneskets åndelige behov, men hun understreker imidlertidig at mennesket er en helhet, og hun avviser oppfatningen om at kropp og sjel er to atskilte deler som innvirker på hverandre;

*”Lekfolk og enkelte helsearbeidere har en tendens til å se på det enkelte mennesket som bestående av én del som kalles kropp og en annen del som kalles sjel, som gjensidig innvirker på hverandre. Et mer akseptabelt bilde er at menneske er en enhet som fungerer biologisk, symbolsk og sosialt* (30, s. 228).”

Avhengig om hva pasienten selv tenker om sin kropp og dens utseende, og hvilke holdninger omgivelsene har, vil endringer i utseende ha betydning for pasientens kroppsbilde (46). Når vår kultur gjenspeiler holdninger som skaper et inntrykk av at det handler mest om hvordan kroppen bør se ut, kan en kan dermed forstå seg at disse pasientene er svært sårbare for endringer i kroppens utseende. Solvoll, B-A. (46) sier kroppen uttrykker en sosial mening og identitet. Det er logisk å tenke seg at endringer i kroppens utseende, vil utfordre personens evne til å bearbeide og forstå kroppen på nye måter og å lære seg å leve med at utseende er endret. Ut i fra resultatet kan en forstå at de fleste pasienter opplever en endring i kroppsbildet, og en del uttrykker en manglende kroppskontroll samt. angst for lukt, lekkasje og lyd. For mange av disse pasientene er det i begynnelsen vanskelig å videreføre det seksuelle liv de før hadde hatt. Ved kreft i endetarmen vil endetarmsåpningen ofte bli lukket kirurgisk, noe som umuliggjør anal stimulering. For en del, både homo- og heteroseksuelle kvinner og menn er slike aktiviteter sentrale, og postoperativt kan det være vanskelig å etablere nye og meningsfulle seksuelle rutiner (3), men Solvoll, B-A. (46) mener det ikke bare vanskeliggjør videreføringen av det seksuelle liv, men også innvirkningen på opplevelsen av egenverd. Når kroppen plutselig, eller over tid, mister noe av sin tidligere funksjon, påvirker det også kroppsbildet. For pasienter med stomi, kan det dermed antas å handle om en endret opplevelse av egenverd.

For en stomioperert kan det være vanskelig å føle seg seksuelt attraktiv, og pasientens kroppsbilde vil i de fleste tilfeller endre seg radikalt. I den vestlige kulturen idealiseres ungdommen, sunnheten og den feilfrie kropp, og stomiopererte vil forsøke å leve opp til dette idealet . Særlig i den første tiden etter operasjonen føler mange pasienter seg ”urene” og ”frastøtende” selv om de tekniske hjelpemidlene til å håndtere en stomi har blitt så mye bedre, vil risikoen for lekkasje, lukt og hudirritasjoner være relativt liten (4). Gamnes, S. (7) sier personlig velvære betyr mye for hvordan en føler seg i samvær med andre mennesker, og resultatet viser at mange sliter med at de føler seg urene og lite attraktive. Frykt for lekkasje og for at partneren skal trekke seg bort, får mange til å avskrive seksualiteten i parforholdet. Berndtsson, I., Öresland, T., & Laurberg, S. (4) støtter dette ved å formidle at pasienter som får innlagt en permanent stomi, kan ofte oppleve et forandret negativt kroppsbildet, og intime og seksuelle situasjoner kan være vanskelig i forhold til stomiposen, mange kan også føle et ubehag med å være lettkledd offentlig.

Weerakoon, P. (41) mener pasienter med stomi kan møte bekymringer rundt komplekse emosjonelle, sosiale og fysiske problemer assosiert med inngrepet, kroppsbilde, funksjon og aktivitet, alt som berører den seksuelle funksjonen. Seksualitet og seksuell funksjon er merket av noen forskere som en av de "skjulte" problemer med stomien, noe som bekreftes av Beck, M. & Justham, D. (35) da 20% av pasientene som får utlagt stomi vil oppleve psykologiske symptomer som depressiv angst, tilpasnings forstyrrelser og seksuelle problem. En sykepleier bør vite hvor mye et velpleiet og ordentlig ytre har å si for selvfølelsen og følelsen av å være attraktiv (7), og et positivt selvbildet er noe de fleste gjerne vil ha, og mennesker med et positivt selvbilde har kanskje lettere for å komme i kontakt med andre, blir mer verdsatt og føler selv de løser ulike oppgaver bedre. Selvbildet vårt og følelsen vår av verdi, representerer en relativ stabil og generell egenskap, men selvbildet kan både bedres og svekkes gjennom erfaringer vi gjør hele livet (43). Dermed bør sykepleiere forsøke å bidra til positivt selvbilde hos pasienter med stomi. Dessverre har mediene makt til å kontrollere livet til mange mennesker allerede rammet av en usunn holdning til egen seksualitet. Pasienter med stomi trenger muligheten til å få følelsen av deres egen kropp og egne emosjoner (47), sykepleiere bør dermed anvende kunnskap og kommunikasjon til å lokalisere de som trenger assistanse til å komme i enighet med seg selv.

Resultatet tyder på at menn påvirkes mer av stomiposen enn kvinner, da de følte at deres maskulinitet ble krenket og opplevde et betydelig tap i sosial status, seksuell- selvtillit og funksjon og Weerakoon, P. (41) støtter dette ved at menn er mer forstyrret med et nytt utseende enn kvinner, da de oppfatter seg selv som uattraktiv og ikke seksuelt tiltrekkende. Det er derimot velkjent at seksuelle problemer hos kirurgiske magetarmpasienter er underrapportert, og det er et spørsmål om temaet fortsatt er tabu for pasienter så vel som det er for sykepleiere (4) Omgivelser eller miljø behandles derimot ikke på noen helhetlig og omfattende måte hos Orem. Hun legger størst vekt på miljøet når hun fremhever hvor viktig kulturen og den sosiale gruppen er for pasientens egenomsorg. Egenomsorgshandlinger læres i det samfunnet og i den kulturen personen vokser opp i, og påvirkes av de verdier, vaner og normer som kjennetegner denne kulturen og den sosiale gruppen. Orem påpeker at egenomsorgstenkingen er i samsvar med det moderne samfunnets forventninger om at pasienten i stor grad skal være selvstendig og ansvarlig for sitt eget liv. (30). En forståelse av vårt moderne samfunn kan være avgjørende for sykepleien som utøves, og ut fra resultatet kan en skaffe seg en forståelse av at kroppsbildet ikke er noe som kun rammer kvinner, dermed er saken kanskje like, eller i større grad, aktuell for menn som for kvinner.

Selvbilde er et uttrykk for det enkelte menneskes personlighet, men at det også er akseptert at selvbilde er sterkt påvirket av hva andre måtte mene (33), og Solvoll, B-A. (46) sier at i vår vestlige kultur er utseende viktig. I vår vestlige verden kan det antas at en slank og vakker kropp, er et ideal for mange og den assosieres med lykke, suksess, ungdommelighet og sosial aksept. Et av Orems ulike egenomsorgsbehov ved helsesvikt sier: ”[…] modifisere selvbildet ved å akseptere at en er i en bestemt helsetilstand eller har behov for bestemte typer helsemessig omsorg (9, s. 131).”

Crouch, S. (1999 1) forteller derimot at selvbildet er den enkelte pasients vurdering av den sosiale verdt, og er sammensatt av ideer om hva andre mener pasienten er som verdig person. I vårt vestlige moderne samfunn som vektlegger kroppen presentasjonen som en guide til sosial verdt, er kanskje mennesker tvunget til å ta sitt eget kroppsbilde alvor. Dermed kan det antas at en unnlatelse av å oppnå et tilfredsstillende selvbilde, kan påvirke selvrespekt og en rekke av livets muligheter.

## 4.2 Metodediskusjon

I dette studiet er resultatet basert på et utvalg av originale forskningsartikler som omhandler pasienters egne erfaringer rundt sin seksualitet. Stomi og seksualitet har vært hovedkriteriene for litteratursøkingen, søkeordene er valgt ut fra studiets hensikt, som resulterte i et mangfoldig treff med lite eller få relevante artikler. Ved å se på nøkkelordene i artiklene som var relevante hensikten, kunne vi bruke disse for å begrense studiet ytterligere, slik at vi fikk flere relevante treff.

Under søkingen av artiklene dukket det opp en del utfordringer, der den største var å finne et mangfold av artikler som svarte til hensikten. Søkene ble avgrenset med publisering etter år 2000. Det har også blitt søkt i flere databaser som Chinal og Medline, men mange av de artiklene som ble funnet der, var allerede anvendt i fra de andre databasene (tabell 1). Det har blitt forsøkt med andre søkeord uten at det ga noen form for nye treff. Når det gjelder utfordringene med denne prosessen, kan årsaken være mangelfull kunnskap og evne til å utnytte databasene.

Bruk av tre databaser kan være en svakhet. Det kan også derimot være en fordel, da disse tre er anerkjente databaser, og kan inneholde flere relevante artikler, sammenlignet med databaser som er mindre anerkjente, som kunne gitt dårligere relevans iht. hensikten. I anskaffelsen av artikler ble bibliotekarer og ansatte på institusjonen kontakten for å skaffe hjelp med søkeord og litteratur. Når det kommer til egen evne til å søke litteratur, kan det være mangelfull kunnskap om søkeprosessen og riktig bruk av søkeord som har skapt problemer. Artiklene er redelig oversatt, men det erkjennes at feiltolkning kan forekomme.

Noen av artiklene som har blitt anvendt i studiet kan bli ansett som gamle. Sju av tretten artikler har blitt publisert før 2010, og den eldste ble publisert i 2002. Årsaken til at de, til tross for årstallet, ble tatt med i studiet, grunner til utfordringene med mangelfull kunnskap- og evne til å utnytte databasene, og til å finne gode søkeord. Årsaken til at de tross årstallet, har blitt tatt med i studiet, er at det oppfattes av forfatterne at det befinner seg lite forskning på temaet omkring seksualitet og stomi, noe som bekreftes i inkluderte artikler, da de oppfordrer til fremtidig forskning.

Hovedtyngden av artiklene er fra USA, i tillegg til europeiske land som Nederland, Portugal og Sverige, og andre land som Brasil, Iran og Australia. Det kan være en svakhet at det anvendt mange artikler fra mange ulike kontinenter utenfor Norge og Skandinavia, og forskning fra land der organisering av helsevesenet og kulturer er annerledes. Tross disse forskjellene kan kvantitativ forskning være generaliserbart til Skandinavia, stomi og seksualitet er universelt, vi lever i et globalisert samfunn, global sykepleie er på dagsorden, og derfor kan det tenkes at denne forskningen gjelder like mye i Skandinavia som resten av verden.

Studiet er basert på forskning av både kvalitative og kvantitative artikler. Det kan være en fordel å bruke kvalitative og kvantitative artikler i en kombinasjon, der kvalitative beskriver erfaringene som har blitt gjort, mens kvantitative gir målbare bevis på resultater, sammen utgjør dette en kombinasjon som kan ses på en egnet måte å komme fram til resultatet i etterkant av arbeidet. Erfaringene til pasientene ble fremstilt på en god måte ift. hensikten i studiet, og de kvantitative artiklene ga et helhetlig bilde på pasientenes erfaringer rundt sin seksualitet.

En fordel for studiet kunne ha vært å benytte seg av flere kvalitative artikler for å fremheve flere av pasientenes erfaringer rundt sin seksualitet, men på grunn av avgrensningene og studiens rammer var dette vanskelig, sammen med utfordringene som forfatterne hadde i søkeprosessen.

# 5.0 Konklusjon

Dette studiet viser at pasienter med colorektal cancer opplever ulike erfaringer med sin seksualitet og sitt seksualliv etter et stomi inngrep. Erfaringene hos disse ligger til grunne i det fysiske- og psykiske forandringene som kan oppstå, og vel som i veiledningsarbeidet utført av sykepleiere.

Det trengs et større fokus på seksualitet til pasientene med stomi, da informasjon og veiledning har en tendens til å følge en medisinsk modell, og ikke mot de psykososiale forandringene som kan oppstå. For at sykepleiere skal få kjennskap til pasientenes egne erfaringer og utfordringer om seksualitet, er det avgjørende at det foreligger en kommunikasjon i relasjon. Studiet viser derimot at det foreligger en barriere for sykepleiere å initiere samtaler angående seksualitet, og det kan også virke som at denne barrieren er større for pasientene. Sykepleiere burde dermed få opplæring og veiledning om hvordan seksualitet påvirkes ved sykdom, som for eksempel ved colorektal cancer, slik at pasientene har mulighet til å modifisere selvbildet ved å akseptere at en er i en bestemt helsetilstand, eller har behov for omsorg.

Studiet tyder på at seksuell dysfunksjon har innflytelse på livskvaliteten hos pasienter med stomi, men når der skjer forandringer i funksjonsevne eller i handlinger og vaner i dagliglivet kan dette føre til at pasientene før økt selvoppmerksomhet. Det kan dermed virke uklart om stomien eller aldringsprosessen har størst påvirkningskraft på seksuell dysfunksjon. Dette er en av hovedgrunnene til at dette må tas med videre, både i klinisk virksomhet og som tema for klinisk forskning.

I lys av sykepleieteoretiker Dorothea Orem er det å bli kjent med egenomsorgsbegrepet og noen av egenomsorgskravene av betydning for sykepleien som utøves. Sykepleiere kan ivareta egenomsorgen hos pasientene, selv når de opplever problemer med sin seksualitet. Egenomsorgstenkningen er i samsvar med det moderne samfunnets forventninger om at pasientene i stor grad skal være selvstendige og ansvarlige for sitt eget liv, noe som gjør det enda mer vesentlig for sykepleieren å ta opp temaet seksualitet i møte med den moderne pasienten.

# 6.0 Litteraturliste

(1) Helse- og omsorgsdepartementet. Sammen mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; [04.06.2015, 22.03.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf>.

(2) Larsen SG. Kreft i fordøyelsesorganene. I: Reitan AM, Schjølberg T, 3. utg. Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling. Oslo: Akribe AS; 2010, s. 469.

(3) Agger NP. Kræft og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P, 1. utg. Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag; 2006, s. 268.

(4) Berndtsson I, Öresland T, Laurberg S. Tarmsygdom og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P, 1. utg. Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag; 2006, s. 218, 220-222.

(5) Borg T. Seksualitet. I: Reitan AM, Schjølberg T, 3. utg. Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling. Oslo: Akribe AS; 2010, s. 121-123, 126, 128.

(6) World Health Organization. Defining sexual health. Genéve: World Health Organization; [06 ;22.03.16] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/>

(7) Gamnes S. Nærhet og seksualitet. I: Kristoffersen NJ, Nordtvedt F, Skaug E-A, 2. utg. Grunnleggende sykepleie bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011, s. 73, 91-92, 98, 101.

(8) Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; [12.10.2014; 01.04.16]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>.

(9) Kirkevold M. Dorothea Orems egensomsorgsteori. I: Kirkevold M, 1. utg. Sykepleieteorier – analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008, 128-131, 136-137.

(10) Polit DF, Beck CT. Key Concepts and steps in Qualitative and Quantitative Research. I: Polit DF, Beck CT, 9. utg. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Business/Lippincott Wolliams & Wilkins; 2012, s. 63-65.

(11) Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiske litteraturstudier: värdering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning. I: Forsberg C, Wenström Y, 2. utg. Stockholm: Natur och kultur; 2008, s. 29.

(12) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. I Malterud K, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2013, s. 91-112.

(13) Kunnskapsdepartementet. Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (Forskningsetikkloven). Oslo: Kunnskapsdepartementet; [30.06.2006; 22.03.16]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskning>.

(14) Norsk Senter for Forskningsdata. Publiseringskanaler. Bergen: Norsk Senter for Forskningsdata; [; 22.03.16]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>.

(15) De nasjonale forskningsetiske komiteene. Generelle forskningsetiske retningslinjer. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; [23.06.14; 28.04.16] Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>.

(16) Manderson L. Boundry breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. Social science & medicine. 2005;61(3):405-415. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.11.051.

(17) Traa MJ, De Vries J, Roukema JA, Rutten HJT, Den Oudsten BL. The sexual health care needs after colorectal cancer: the view of patients, partners, and health care professionals. Support Care Cancer. 2014;22:763-772. DOI: 10.1007/s00520-013-2032-z.

(18) Persson E, Larsson BW. Quality of Care after Ostomy Surgery: A Perspective study of Patients. Ostomy Wound Manage. 2005;51(8):40-48.

(19) Persson E, Hellström A-L. Experience of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery. Ostomy Care. 2002;29(2):103-108. DOI: 10.1067/mjw.2002.122053.

(20) Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. Indian Journal of Palliative Care. 2012;18. DOI: 10.4103/0973-1075.105687.

(21) Milbury K, Cohen L, Jenkins R, Skibber JM, Schover LR. The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer. Support Care Cancer. 2013;21:793-802. DOI: 10.1007/s00520-012-1582-9.

(22) Mahjoub B, Goodarzi KK, Mohammad-Sadeghi H. Quality of Life in Stoma Patients: Appropriate and Inappropriate Stoma Sites. World Journal of Surgery. 2010;34:147-152. DOI: 10.1007/s00268-009-0275-0.

(23) Grant M, McMullen CK, Altschule A, Mohle MJ, Hornbrook MC. Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomies. Oncology Nursing Forum. 2011;38(5):587-596. DOI: 10.1188-11.ONF.587-596.

(24) Reese JB, Finan PH, Haythornthwaite JA, Kadan M, Regan KR, Herman JM, Efron J, Diaz Jr. LA, Azad NS. Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. Support Care Cancer. 2014;22:461-468. DOI: 10.1007/s00520-013-1998-x.

(25) Cotrim H, Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. European Journal of Oncology Nursing. 2008;12:217-226. DOI: 10.1016/j.ejon.2007.11.005.

(26) Dázio EMR, Sonobe HM, Zago MMF. The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009;17(5). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500011.

(27) Baxter NN, Novotny PJ, Jacobson T, Maidl LJ, Sloan J, Young-Fadok TM. A Stoma Quality of Life Scale. Diseases of the Colon & Rectum. 2006;49(2):205-212. DOI: 10.1007/s10350-005-0275-6.

(28) Berndtsson I, Lindholm E, Ekman I. Thirty Years of Experience Living With a Continent Ileostomy. Ostomy Care. 2005;32(5):321-326. DOI: 3122-07\_WJ3205-Berndtsson.qxd.

(29) Eide H, Eide T. Informerende ferdigheter. I: Eide H, Eide T, 2. utg. Kommunikasjon i relasjoner. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2011, s. 292-293.

(30) Kristoffersen NJ. Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, 2. utg. Grunnleggende sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011, s. 228-230, 232, 235, 237-238.

(31) Gregory P. Patient assessment and care planning: sexuality. Nursing Standard. 2000;15(9):38-41.

(32) Reese JB, Keefe FJ, Somers TJ, Abernethy AP. Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. Support Care Cancer. 2010;18:785-800. DOI: 10.1007/s00520-010-0819-8.

(33) Crouch S. Sexual health 1: sexuality and nurses´role in sexual health. British Journal of Nursing. 1999;8(9):601-606).

(34) Thorsen R. Trygghet. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, 2. utg. Grunnleggende sykepleie bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011, s. 119-120.

(35) Beck M, Justham D. Nurses´attitudes towards the sexuality of colorectal patients. Nursing Standard. 2009;23(31):44-8.

(36) Helse- og omsorgsdepartementet. Pasient- og brukerrettighetsloven. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; [01.11.15; 01.04.16]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3>

(37) International Council of Nurses (ICN). The ICN Code of Ethics for Nurses. Genéva: International Council of Nurses; [12; 28.04.16]. Tilgjengelig fra: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf>.

(38) Cavanagh SJ. OREMs sykepleiemodell i praksis, 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1999, s. 17, 31-32.

(39) Traa MJ, De Vries J, Roukema JA, Den Oudsten BL. Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review. Annals of Oncology. 2012;23(1):19-27. DOI: 10.1093/annonc/mdr133.

(40) Asbjørnsen G. Lev godt med din alder, om de naturlige aldersforandringene. 1. utg. Latvia: Cappelen Damm AS; 2012, s. 124-125.

(41) Weerakoon P. Sexuality and the Patient with a Stoma. Sexuality and Disability. 2001;19(2):121-129.

(42) Ayaz S. Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT model: An Alternative. Sex disabil. 2009;27:71-81. DOI: 10.1007/s11195-009-9113-4.

(43) Håkonsen KM. Innføring i psykologi. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2011, s. 91-92, 204.

(44) Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing. 2005;14:74-81.

(45) Thorbjørnsrud B. Kultur, helse og sykdom. I: Brodtkorb E, Rugkåsa M, 2. utg. Mellom mennesker og samfunn. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010, s. 243.

(46) Solvoll B-A. Identitet og egenverd. I: Kristoffersen NJ, Nordtvedt F, Skaug E-A, 2. utg. Grunnleggende sykepleie bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011, s. 20-21.

(47) Crouch, S. Sexual health 2: an overt approach to sexual health education. British Journal of Nursing. 1999;8(10):669-675.

# 7.0 Vedlegg

**Vedlegg 1.** Tabellen viser forfatter, år, tittel, tidsskrift, land, studiens hensikt, design og intervensjon, deltakere, hovedresultat og kommentar ift. kvalitet.

(16) Boundry breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Manderson, L.  (2005)  *Boundry breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery.*  Social science and medicine.  Australia. | Hensikten med dette studiet var å belyse menn og kvinners erfaringer ved tilpasningsprosessen etter stomi operasjon. | Kvalitativ. | 32.  Menn; 11.  Kvinner; 21.  Gj. snitt. alder; 45. | For mange menn og kvinner truet grunnsykdommen som ledet til stomi operasjon deres seksualitet, men det gjorde også erfaringene med stomi.  Permanent tap av evnen til å være kontinent for egen avføring gjorde det ikke bare vanskelig for deltakerne, men også de som sto de nærmest.  Separasjon fra partneren skjer som regel på deltakeren sitt eget initiativ. | NSD 2  Deltakerne responderte ut fra en notis publisert i *Ostomy Australia,* et magasin som blir gitt ut tre ganger i året for de som mottar stomiutstyr med statlig støtte. Ut fra dette ble deltakerne plukket ut med inklusjons- og ekslusjonskriterier.  Deltakelsen var frivillig, men ingen formell godkjenning av en etisk komite. |

(17) The sexual health care needs after colorectal cancer: the view of patients, partners, and health care professionals.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Traa, M. J., De Vries, J., Roukema, J. A., Rutten, H. J. T., Den Outdsten, B. L.  (2014).  *The sexual health care needs after colorectal cancer: the view of patients, partners, and health care professionals.*  Support Care Cancer.  Nederland. | Hensikten med dette studiet var å utdype hjelpebehovet for seksuell helse etter endt behandling for colorektal cancer i henhold til pasienter, partnere og helsepersonell. | Kvalitativ. | 21.  Gj. snitt. alder menn; 63,1.  Gj. snitt. alder kvinner; 63,4. | Deltakerne behøver skreddersydd undervisning/veiledning om seksuell helse, og om kompleksiteten ved å gi/motta denne helsehjelpen. | NSD -  Etisk godkjent, St. Elisabeth Hospital, TweeSteden Hospital og Catharina Hospital, the medical ethical committee.  Kun 51% av de inviterte deltakerne sa seg villig til å bli med i studiet, og resterende sa seg motvillig til deltagelse da de ikke var interessert i å fortelle om sin seksuelle helse.  Alle deltakerne i studien var ”hvite, ”da et inklusjonskriterie var at de kunne snakke nederlandsk, dermed utelukker studien mulige etnisiteter, og gjør det vanskelig å kunne generalisere resultatene. |

(18) Quality of Care after Ostomy Surgery: A Perspective Study of Patients.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Persson, E., Larsson, B. W.  (2005)  *Quality of Care after Ostomy Surgery: A Perspective Study of Patients.*  Ostomy Wound Management.  Sverige. | Hensikten med dette studiet var å belyse pasienters erfaringer med kvaliteten på helsehjelpen, og om deres subjektive bekymringer ble møtt. | Kvantitativ. | 63.  Bortfall; 14.  Menn; 25.  Kvinner; 20.  Uspes. kjønn; 4. | Deltakerne uttrykker at de blir møtt med deres personlige bekymringer.  Deltakerne med en alvorlig grunnsykdom verdsetter omsorg og helsehjelp høyere enn de med grunnsykdommen i et tidligere stadie. | NSD 1.  Deltakerne i denne studien mottok muntlig og skriftlig informasjon, og de ga muntlig samtykke om å delta i studiet, men ingen formell godkjenning av en etisk komite.  Instrumenter som QPP (the Quality from the Pasient´s Perspective) er kun gunstig for de som kan kommunisere fullstendig.  Ingen data er tilgjengelig om helsehjelpen som er gitt.  Få deltakere iht. et kvantitativt studie, selv om responsen tilsvarer 78 %.  Vanskelig å si om resultatene kan generaliseres da man tar i betraktning det ovenfornevnte. |

(19) Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 weeks after Ostomy Surgery.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Persson, E., Hellström, A-L.  (2002)  *Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery.*  Ostomy Care.  Sverige. | Hensikten med dette studiet var å beskrive deltakernes erfaringer, med fokus på kroppsbilde, 6 til 12 uker etter stomioperasjonen. | Kvalitativ. | 9.  Menn; 5.  Kvinner; 4.  Gj. snitt. alder; 53,3. | Stomien påvirker deltakernes daglige liv på mange uventede aspekter.  Enkelte deltakere uttrykker større vanskeligheter med å bli komfortabel med deres stomi. | NSD -  Etisk godkjent, Sahlgrenska University Hospital/Östra, Head of the Department of Surgery, Institutional Ethics protocol.  Ikke alle deltakerne hadde den bakgrunnen vi ønsket, og de varierende diagnosene gjør det vanskeligere å tolke resultatet til hensikten. |

(20) Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmaeilpour, S., Safaee, A.  (2012)  *Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma.*  Indian Journal of Palliative Care.  Iran. | Hensikten med dette studiet var å vurdere livskvaliteten til pasientene med stomi ved å bruke et spesielt måleverktøy. | Kvantitativ. | 102.  Menn; 58.  Kvinner; 44.  Gj. snitt. alder; 53,5. | Stomien påvirker livskvaliteten hos deltakerne.  Undervisning og veiledning er viktig for å ha muligheten til og forbedre livskvaliteten hos deltakerne.  Seksuell og psykososial veiledning kan ha positiv effekt på deltakernes livskvalitet. | NSD 1  Spørreundersøkelsen ble randomisert tildelt deltakere som henholdte seg til IOS (Iranian Ostomy Society), og utvelgelsen av deltakerne inneholdt en rekke inklusjonskriterier, blant annet å frivillig kunne delta i studien, men det uttrykkes ingen formell godkjenning av en etisk komite.  Vanskelig å si om resultatene kan generaliseres da alle deltakerne befant seg i IOS. |

(21) The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Milbury, K., Cohen, L., Jenkins, R., Skibber, J. M., Schover, L. R.  (2013)  *The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer.*  Support Care Cancer.  USA. | Hensikten med dette studiet var å identifisere demografiske, medisinske og psykososiale faktorer til seksuell dysfunksjon. | Kvantitativ. | 866.  Bortfall; 605.  Gj. snitt. alder menn; 63,3.  Gj. snitt. alder kvinner; 60,5. | Seksuell dysfunksjon etter behandlingen for colorektal cancer er relatert til demografiske, medisinske og psykososiale faktorer. | NSD -  Etisk godkjent, the University of Texas MD Anderson´s Cancer Center´s Institutional Review Board.  86,6% av deltakerne var ”hvite, ”noe som gjør det vanskelig å si om det finnes psykososiale variabler i etniske minoriteter, noe som igjen gjør det vanskelig å generalisere resultatene.  Deltakerne ble rekruttert på to forskjellige måter, noe som kan ha noe å si på resultatet |

(22) Quality of Life in Stoma Patients: Appropriate and Inappropriate Stoma Sites.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Mahjoubi, B., Goodarzi, K., K., Mohammad-Sadeghi, H.  (2010)  *Quality of Life in Stoma Patients: Appropriate and Inappropriate Stoma Sites.*  World Journal of Surgery.  Iran. | Hensikten med dette studiet var å sammenligne livskvaliteten til deltakerne med en velplassert stomi, med de med en stomi plassert på et upassende sted. | Kvantitativ. | 348.  Kvinner (%) med en velplassert stomi; 42.  Menn (%) med en velplassert stomi; 58.  Kvinner (%) med en uheldig plassering av stomi; 51.  Menn (%) med en uheldig plassering av stomi; 48,9.  Gj. snitt. alder med en velplassert stomi; 53,17.  Gj. snitt. alder med en uheldig plassering av stomi; 47,75. | Adekvate og velplasserte stomier har stor sammenheng med god livskvalitet, i kontrast med stomier plassert på en uhensiktsmessig plass som kan påvirke livskvaliteten negativt. | NSD 1  Deltakerne i denne studien gjennomførte spørreundersøkelsen frivillig etter at de hadde mottatt noe informasjon og målet om studiet. Ingen av deltakerne nektet å delta i studiet  Ingen formell godkjenning av en etisk komite.  Et godt antall deltakere iht. et kvantitativt studie, derimot er utvelgelsen av deltakerne ikke tilfeldig og man kan nokså være kritisk om resultatet er generaliserbart. |

(23) Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors with Ostomies.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C.  (2011)  *Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomies.*  Oncology Nursing Forum.  USA. | Hensikten med dette studiet var å beskrive hvordan kjønn former bekymringer og tilpasninger hos overlevende av colorektal cancer med stomi. | Kvalitativ. | 33.  Bortfall; 249. | Deltakerne beskriver vanlige problemer rundt hva man spiser, fysisk aktivitet, sosial støtte og seksualitet, og begge kjønn identifiserer problemer rundt dette, men kvinner beskriver mer spesifikke psykososiale og sosiale problemstillinger enn det menn gjør. | NSD 1  Etisk godkjent, the Kaiser Permanente Northwest and Northern California Review Board.  Enkelte fokusgrupper manglet mangfold og et tilstrekkelig antall deltakere for et kvalitativt studie. |

(24) Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Reese, J. B., Finan, P. H., Haythornthwaite, J. A., Kadan, M., Regan, K. R., Herman, J. M., Efron, J., Diaz Jr, L. A., Azad, N. S.  (2014)  *Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status.*  Support Care Cancer.  USA. | Hensikten med dette studiet var å sammenligne deltakere med colorektal cancer om seksuelle utfall og kroppsbilde basert på nåværende stomi status (aldri hatt-, tidligere- eller nåværende stomi). | Kvantitativ. | 141.  Bortfall; 117.  Gj. snitt. alder; 57,7.  Antall med tidligere stomi; 18.  Antall med nåværende stomi; 25.  Antall som aldri har hatt stomi; 98. | Behandlingen for colorektal cancer setter deltakerne i risiko for seksuelle problemer, og enkelte problemer er mer fremtredende for de med stomi, enn de foruten.  Klinisk informasjon, undervisning og veiledning bør tilbys for å kunne ha muligheten for og forbedre deres seksuelle helse. | NSD -  Etisk godkjent, John Hopkins Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center, Institutional Review Board.  Mesteparten av deltakerne i studien var ”hvite, ”(83 %), dermed inneholder studien få etnisiteter og gjør det vanskeligere å kunne generalisere resultatene.  En fjerdedel av kvinnene fullførte ikke spørsmålene rundt seksuell funksjon, dermed var det en utfordring å få fullstendig oversikt over kvinnelig seksuell funksjon.  I tillegg hadde halvparten av deltakerne cancer i et alvorlig stadium, noe som gjør det vanskelig å generalisere funnene over på de med et tidlig stadium av cancer. |

(25) Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel,*  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Cotrim, H., Pereira, G.  (2008)  *Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care.*  European Journal of Oncology Nursing.  Portugal. | Hensikten med dette studiet var å identifisere påvirkningen av colorektal cancer hos deltakerne og deres familie. | Kvantitativ. | 153.  Menn; 103.  Kvinner; 50.  Gj. snitt. alder; 64,64.  Antall med rektal cancer; 47.  Antall med colon cancer; 106.  Stomi; 46. | Tilstedeværelsen av stomi forandrer deltakernes livskvalitet, psyke, seksualitet og kroppsbilde.  Pårørende til deltakerne lider også av angst og depresjon. | NSD 1  Deltakerne som ønsket å delta i studien var nødt til å gi skriftlig samtykke og deltakelsen var frivillig.  Ingen formell godkjenning av en etisk komite.  Studien er begrenset til en enkelt vurdering, og størrelsen deltakere ser ut til å være et ”passende ”antall, dermed er det vankelig å generalisere resultatene hos alle colorektal cancer deltakere og deres pårørende. |

(26) The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Dázio, E. M. R., Sonobe, H. M., Zago. M. M. F.  (2009)  *The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities.*  Revista Latino-Americana de Enfermagem.  Brasil. | Hensikten med dette studiet var å analysere hvordan stomi attribuerer til deltakernes erfaring med colorektal cancer og behandlingen. | Kvalitativ. | 16.  Tre stk. mellom 40 og 50 år.  Tretten stk. mellom 51 og 79 år. | Deltakerne viser til at det utvikler seg spenning mellom det tradisjonelle mønsteret av maskulinitet og deres nye identitet som et resultat av erfaringer med stomi. | NSD -  Etisk godkjent, the University of Sao Paulo, Ribeirã Preto, Research Ethics Committee. |

(27) A Stoma Quality of Life Scale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Baxter, N. N., Novotny, P. J., Jacobson, T., Maidl, L. L., Sloan, J., Young-Fadok, T. M.  (2006)  *A Stoma Quality of Life Scale.*  Diseases of the Colon & Rectum.  USA. | Hensikten med dette studiet var å vurdere relabiliteten og valideten til SQOLS (the Stoma Quality of Life Scale). | Kvantitativ. | 100.  Bortfall; 30.  Kvinner (%); 51.  Menn (%); 49.  Gj. snitt. alder; 59.  Gj. snitt. tid e. opr; 1,5 år. | Finansielle- og arbeidsproblem viste minst til minst bekymring hos deltakerne.  Hudirritasjon var et vesentlig problem for de med ileostomi.  Total SQOLS viste seg å være bedre hos de med ileostomi enn de med colonstomi. | NSD 1  Etisk godkjent, the Mayo Clinic Institutional Review.  Videre forskning bør inneholde et større antall deltakere slik at det er mulig å validere resultatene for og kunne generalisere funnene. |

(28) Thirty Years of Experience Living With a Continent Ileostomy.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forfatter,  År,  *Tittel*,  Tidsskrift,  Land | Studiens hensikt | Design & Intervensjon | Deltakere | Hovedresultat | Kommentar i forhold til kvalitet |
| Berndtsson, I., Lindholm, E., Ekman, I.  (2005)  *Thirty Years of Experience Living With a Continent Ileostomy.*  Ostomy Care.  Sverige. | Hensikten med dette studiet var å vise til lang-tids utfordringene deltakerne får etter stomi operasjon. | Kvantitativ. | 121.  Bortfall; 48.  Menn; 47.  Kvinner; 74.  Gj. snitt. alder; 33. | Deltakerne uttrykker seg for å ha det godt på egenhånd i det lange løp.  Kvaliteten og tilgjengeligheten på offentlige toaletter gjør det mer restriktivt for at deltakerne klarer å utføre aktiviteter bortenfor hjemmet. | NSD -  Etisk godkjent, Sahlgrenska University Hospital/Östra, Ethical Committee.  Gj. snitt. alderen da deltakerne ble operert mellom 1967 – 1974 var 33 år, men tretti år senere ble bortfallet på hele 48 deltakere pga. dødsfall og kun 73 av de 88 nålevende deltakerne responderte.  Vanskelig å generalisere resultatet da alderen på deltakerne er høy og spm. stilles ved et mulig lavt antall i et kvantitativt studie. |

**Vedlegg 2.** Granskningsprotokollen som er anvendt under prosessen; utvalg og granskning.

**Artikkelgransking/vurdering**

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejlert för urval i SBU-rapport (1999).

Database :………………………………… Dato:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tittel:……………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

Forfattere:…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………..…………………………………

År:……….. Tidskrift/journal:………………………………………………

Land hvor studien ble gjennomført:……………………………………………………………

**Type studie**: Original □ Review □ Andre □…………………..

Kvantitativ □ Kvalitativ □

**Nøkkelord:**

……………………………………. ..................................................................

…………………………………….. ..................................................................

…………………………………….. ..................................................................

…………………………………….. ..................................................................

**Kvalitetsvurdering:** Høy (I)□ Middels (II)□ Lav (III) □

Kommentar/begrunnelse……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………. Fortsatt vurdering: Ja □ Nei □ Motivering:……………………………………………………………………………………..

KVALITETSVURDERING

**Problemstilling/hypotese**:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Type studie**

**Kvalitativ**: Deskriptiv □ Intervension □

Andre □...........................................................................

**Kvantitativ**: Retrospektiv □ Prospektiv □

Randomisert □ Kontrollert □

Intervention □ Andre □...................................

**Studiens omfang**: Antall førsøkspersoner (N):……….. Frafall (N) ………………

Tidspunkt for studien?......................................... Studiens lengde……………

**Betraktes**: Kjønnsforskjeller? Ja □ Nei □ Aldersaspekter? Ja □ Nei □

**Kvalitative studier**

Tydelig avgrensing/Problemformulering? Ja ⁭ Nei ⁭

Er perspektiv/kontekst presentert? Ja ⁭ Nei ⁭

Finns et etiskt resonnement? Ja ⁭ Nei ⁭

Er utvalget relevant? Ja ⁭ Nei ⁭

Er forsøkspersonene vel beskrevet? Ja ⁭ Nei ⁭

Er metoden tydelig beskrevet? Ja ⁭ Nei ⁭

Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet? Ja ⁭ Nei ⁭

Gyldighet: Er resultatet logist, forståelig, i

overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt? Ja ⁭ Nei ⁭

**Kvantitative studier**

***Utvalg****:* Fremgangsmåten beskrevet Ja □ Nei □

Representativt Ja □ Nei □

Kontekst beskrevet Ja □ Nei □

***Frafall****:* Analysen beskrevet Ja □ Nei □

Størrelsen beskrevet Ja □ Nei □

Intervensjonen beskrevet Ja □ Nei □

Adekvat statistisk metod Ja □ Nei □

Hvilken statistisk metode ble brukt?

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

Etisk resonnement Ja □ Nei □

***Hvor troverdig er resultatet?***

Er instrumentet -valide Ja □ Nei □

-reliable Ja □ Nei □

Er resultatet generaliserbart? Ja □ Nei □

**Hovedfunn:**

………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Brystkreft. [↑](#footnote-ref-1)
2. Tykk- og endetarmskreft. [↑](#footnote-ref-2)
3. Tykktarmskreft. [↑](#footnote-ref-3)
4. Endetarmskreft. [↑](#footnote-ref-4)
5. Annet. [↑](#footnote-ref-5)
6. the International Index of Erectile function [↑](#footnote-ref-6)
7. the Female Sexual Function Index [↑](#footnote-ref-7)
8. Særlig nedsatt lyst og reisningsvansker. [↑](#footnote-ref-8)