



Bachelorgradsoppgave

Stomi

Selvilde og seksualitet etter en stomioperasjon

Ostomy

Self-esteem and sexuality after ostomy surgery

Mari Tørset

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

*”Lar hendene føle kroppen. Magen er flat og glatt
å røre ved. Står opp og går på badet. Ser meg
naken i speilet. Synes min solbrente kropp er pen
i forhold til alderen. På tirsdag skjærer de bort
endetarmen min og trekker tykktarmen ut på magen,
der det skal henge en plastpose som blir full av avføring.
Resten av mitt liv. Kryper frysende til sengs.
Gråter”.*

(Thomsen 2001, s. 696)

Abstrakt

Introduksjon: Utleggelse av tarmen vil medføre store kroppslige forandringer hvor både kroppens utseende og tarmfunksjon endres, noe som i ulik grad vil påvirke individets livssituasjon, selvbilde og forholdet til egen kropp. Et negativt selvbilde kan videre virke hindrende i intime relasjoner. **Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke opplevelser og erfaringer stomiopererte har med fokus på selvbilde, seksualitet og møtet med helsepersonell. **Metode:** Det ble gjennomført en allmenn litteraturstudie, hvor det ble gjort søk i anerkjente databaser. Etter artikkelgranskningen ble det valgt ut tolv vitenskapelige artikler for å besvare studiens hensikt. **Resultat:** Stomiopererte opplevde og erfarte forandringer i kroppsbildet etter operasjonen. Mange følte seg mindre attraktive og følte seg annerledes. Flere unngikk aktiviteter de tidligere deltok på. Bekymringer for ukontrollerbar flatus, lyd og lukt fra stomien førte til bekymringer knyttet til det intime livet. Å prate om seksuallivet med sykepleiere ble ansett som viktig, selv om mulighetene for dette var dårlig. Helsepersonell ga i følge stomiopererte et urealistisk bilde over hvordan livet med stomi ville bli. **Diskusjon:** Funnene ble diskutert opp i mot sykepleie og annen relevant litteratur, forskning, fagartikler og oppsummert forskning samt lover og reformer. **Konklusjon:** Stomiopererte opplevde og erfarte utfordringer knyttet til selvbilde og seksualitet. Sykepleiere har en viktig oppgave i å fremme mestringskompetansen til denne pasientgruppen, noe som allerede starter under sykehusoppholdet og vil trenge oppfølging utenfor sykehus.

Nøkkelord: Allmenn litteraturstudie, stomi, selvbilde, seksualitet, opplevelser, erfaringer.

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	STUDIENS HENSIKT OG PERSPEKTIV	1
1.3	AVGRENSNINGER	2
1.4	BEGREPSAVKLARINGER	2
1.5	TEORETISK TILNÆRMING	2
2.0	METODE	4
2.1	LITTERATURSTUDIE	4
2.2	DATABASER OG SØKEORD	4
2.3	AVGRENSNINGER, INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	5
2.4	TEKSTANALYSE	7
2.5	ETISKE OVERVEIELSER	7
3.0	RESULTAT	9
3.1	TRUET SELVBILDE ETTER STOMIOPERASJON	9
3.2	BEKYMNINGER KNYTTET TIL SEKSUALITET	10
3.3	MØTET MED HELSEPERSONELL	12
4.0	DISKUSJON	13
4.1	RESULTATDISKUSJON	13
4.1.1	Truet selvbilde etter stomioperasjon	13
4.1.2	Bekymringer knyttet til seksualitet	17
4.1.3	Møtet med helsepersonell	21
4.2	METODEDISKUSJON	25
5.0	KONKLUSJON	27
	REFERANSER	28

Antall ord: 9177

VEDLEGG

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi

Vedlegg 2: Analysetabell

Vedlegg 3: Artikkelgranskings skjema av Sjöblom & Rygg (2012)

Vedlegg 4: Tabell over inkluderte studier

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Norilco (udatert, a,b), *norsk forening for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft*, er kolorektal cancer og inflammatorisk tarmsykdom de vanligste årsakene til utleggelse av tarmen. I 2013 var tykktarmskreft på topp tre i landet av de hyppigste kreftformene med 1325 nye tilfeller for menn og 1456 nye tilfeller for kvinner (Kreftregisteret, 2015). Det er ca. 12 000 mennesker som lever med inflammatorisk tarmsykdom (Ferring Legemidler AS, udatert). Blant disse kan en anta at en del lever med utlagt tarm.

Utleggelse av tarmen vil medføre store kroppslige forandringer hvor både kroppens utseende og tarmfunksjon endres (Nilsen, 2010; Persson, 2008; Rustad & Borenstein, 2010). I tidlig barneår lærer vi å få kontroll over avføring og urin, noe som er viktig for utvikling av selvbildet vårt. Etter en stomioperasjon mister en kontroll over avføring eller urin, noe som for mange vil virke nedverdiggende (Nilsen, 2010). Forandringene en stomioperasjon medfører vil i ulik grad påvirke individets livssituasjon, selvbilde og forholdet til egen kropp (Sunde, 2012). Et negativt selvbilde kan videre virke hindrende i intime relasjoner (Persson, 2008).

Sykepleiere har ofte for liten kunnskap om seksualitet og sykdom, noe som fører til at mange vegrer seg for å ta opp temaet med den enkelte (Berndtsson et al., 2004). I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) ivaretar sykepleieren den enkeltes behov for helhetlig omsorg. Dette innebærer ikke bare at praktiske behovene blir ivaretatt, men også de psykiske og åndelige (Sneltvedt, 2012). Sykepleiere vil derfor i tillegg til å lære stomipasienter praktisk håndtering av stomien, ha en viktig oppgave i å møte stomipasienters psykososiale behov knyttet til selvbilde og seksualitet.

1.2 Studiens hensikt og perspektiv

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke opplevelser og erfaringer stomiopererte har med fokus på selvbilde, seksualitet og møtet med helsepersonell. For å besvare studiens hensikt som omhandler stomiopererte sine opplevelser og erfaringer, er det valgt å ta i bruk et pasientperspektiv i oppgavens resultatdel. I diskusjonskapittelet vil resultatet diskuteres opp i mot sykepleie og annen relevant teori.

1.3 Avgrensninger

Oppgaven vil ta for seg tarmstomi som vil inkludere utlagt tykktarm, *kolostomi*, og utlagt tynntarm, *ileostomi* (Rustad & Borenstein, 2010). Stomien vil være permanent. Det vil ikke legges vekt på bakenforliggende årsak til stomien. Studien vil ta for seg en voksen aldersgruppe hvor alderen strekker seg fra 18 år og oppover.

1.4 Begrepsavklaringer

Gail Stuart, 2005, definerer i følge Hummelvoll (2012) selvbegrepet som:

“... alle de forestillinger, meninger og overbevisninger som utgjør individets kunnskap om seg selv, og som influerer dets forhold til andre. Begrepet omfatter persepsjonen av dets spesielle egenskaper og evner, dets interaksjon med andre mennesker og med omgivelsene. I selvet ligger individets verdier, som er knyttet til erfaringer og objekter, i tillegg til dets mål og idealer” (s.134).

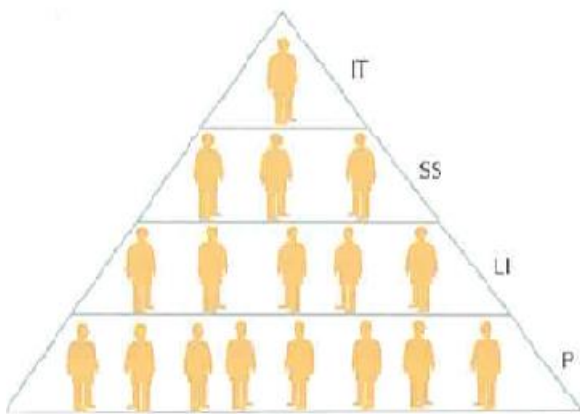
Seksualitet blir definert av verdens helseorganisasjon slik:

“... a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors” (WHO, 2006).

1.5 Teoretisk tilnærming

Hensikten med veiledning er at mestringskompetansen, *kompetansen til å mestre*, til den som veiledes styrkes (Tveiten, 2013). Begrepet mestring handler i følge Folkman & Lazarus (1984) om kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å håndtere indre eller ytre krav. Hva som skal mestres varierer. Det kan for eksempel dreie seg om en som er kronisk syk som skal mestre konsekvenser for dagliglivet eller en som skal lære seg å leve med sykdommen. Hovedformen i veiledning er dialog basert på humanistiske verdier og kunnskap. Den som veileder skal legge til rette for at den som veiledes reflekterer og oppdager egne behov, muligheter eller begrensninger. I veiledningsprosessen kan andre pedagogiske metoder inngå, som for eksempel informasjon, rådgivning og undervisning, alt etter hva den som veiledes har behov for (Tveiten, 2008, 2013).

PLISSIT-modellen er en kommunikasjonsmodell som er nyttig å benytte når en skal veilede i seksuelle spørsmål. PLISSIT står for Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon),



Figur 1: PLISSIT-modellen (Gamnes, 2011).

Specific Suggestions (spesifikke forslag) og Intensive Therapy (intensiv terapi) (Borg, 2010). Sykepleieren skal kunne bevege seg opp på de to første nivåene i modellen. Det trengs personell som er kvalifisert innenfor seksualitet på de to øverste nivåene i modellen (Gamnes, 2011; Nilsen, 2010). Modellen symboliserer at de fleste befinner seg på de to nederste nivåene (P og LI) og at færre befinner seg på de to øverste nivåene (SS og IT) (Gamnes, 2011)(se figur 1).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og *samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009))* vil også bli nevnt for å belyse hvilken betydning de har for valgt tema. I tillegg vil det anvendes annen relevant litteratur ut i fra fagbøker, forskning, fagartikler og oppsummert forskning i diskusjonskapittelet.

2.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte som forteller oss noe om hvordan vi kommer fram til ny kunnskap (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

Metoden som er anvendt i denne oppgaven er tilstrebet og inspirert av en allmenn litteraturstudie. Forsberg og Wengsröm (2013) har definert en allmenn litteraturstudie slik:

”En allmän litteraturstudie kan benämnas litteraturoversikt, litteraturgenomgång eller forskningsöversikt (...). Syftet med en allmän litteraturstudie kan vara att sammanställa en beskrivande bakgrund som motiverar att en empirisk studie görs eller att beskriva kunskapsläget inom et visst område. I en allmän litteraturstudie beskrivs och analyseras valda studier, men sällan på ett systematisk sätt” (s. 25).

2.2 Databaser og søkeord

Medline og Cinahl er databaser som er anvendt i tidsrommet 19.01.15 til 22.02.15 for å finne forskning til studien. Valgte databaser er nyttige for å finne sykepleiefaglig forskning (Polit & Beck, 2012).

For å besvare hensikten med studien ble det søkt på relevante søkeord som ”Colostomy”, ”Ileostomy”, ”Ostomy”, ”Sexuality”, ”Sexual behavior”, ”Attitude to sexuality”, ”Self-concept”, ”Body image” og ”Quality of life”. I de første søkene ble søkeord med like betydninger kombinert med OR for å få et bredere søk. Søkeordene ble også kombinert på ulike måter for å finne andre relevante søk. Tabell 1 viser eksempel på søkestrategi. For å få full oversikt over søkestrategi, henvises det til vedlegg 1: Tabell over søkestrategier.

Tabell 1: Eksempel på søkestrategi

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 19.01.15	Abstrakt, siste 10 år, språk (engelsk, norsk, svensk, dansk)	Ostomy OR Colostomy OR Ileostomy AND Body image OR Self concept	33	33	19	7	3

Utvalg 1: lest artikkelens tittel

Utvalg 2: lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen er valgt ut for granskning og vurdering

Det er også gjort håndøk hvor forskningsartiklenes litteraturlister systematisk ble gjennomgått. Hensikten var å finne flere relevante artikler som kunne inkluderes i studien. Forskning med titler som svarte til studiens tematikk eller hensikt ble deretter søkt opp i databasen Medline ved benyttelse av søkefunksjonen "title". Det ble funnet fire inkluderte studier på denne måten.

2.3 Avgrensninger, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkene er blitt avgrenset til språkene engelsk, norsk, svensk og dansk, publiseringsår siste 10 og 15 år samt tilgjengelige abstrakts. Søk som ble gjort i databasen Cinahl ble i tillegg avgrenset til å gjelde forskningsartikler.

For at forskningen skulle bli inkludert i studien måtte de omhandle tarmstomi som enten var kolostomi eller ileostomi. Stomien måtte være permanent. Forskning som omhandlet mennesker med andre typer stomi enn ileostomi og kolostomi samt midlertidig stomi ble ekskludert. Andre inklusjonskriterier var at forskningen måtte ha et pasientperspektiv samt at forskningen omhandlet stomiopererte over 18 år. Forskning med andre perspektiv enn pasientperspektiv eller forskning som

omhandlet stomiopererte under 18 år ble ekskludert fra studien. Det er blitt fokusert på å anvende nyere forskning i studien og inkluderte studier er ikke eldre enn 15 år.

Ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble det valgt ut sju kvalitative og fem kvantitative forskningsartikler for å besvare studiens hensikt. I tabell 2 vises det til et eksempel på en inkludert studie. Se vedlegg 4 for full oversikt over inkluderte studier.

Tabell 2: Eksempel på inkludert studie

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitet
Reese et al., (2014) Support Care Cancer Australia	Studiens hensikt er å sammenligne seksuelle utfall og oppfatning av kroppsilde basert på stomistatus (aldri, har hatt og har stomi) hos pasienter med kolorektal cancer.	Kvantitativ studie. Spørreunderøkelse via mail.	Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 258 potensielle deltakere, hvor 143 (55%) svarte. Av disse 143 deltakerne, var det 2 bortfall. Dermed var det totalt 141 deltakere i studien. Deltakere var delt inn i tre grupper: aldri hatt stomi, har hatt og har stomi.	Stomistatus utgjorde signifikante forskjeller knyttet til seksuell funksjon og oppfatning av kroppsilde.	Forsknings etisk kvalitet er ikke beskrevet. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.

2.4 Tekstanalyse

I følge Dalland (2012) er en analyse et granskningsarbeid hvor en skal finne ut hva materialet har å fortelle. Analysen som er brukt i denne litteraturstudien er inspirert av Granheim & Lundman (2004).

Forskningen ble først vurdert om de var relevante i henhold til studiens hensikt. Først ble tittelen lest og deretter forskningens abstrakt hvis tittelen virket relevant. Forskningen ble lest i sin helhet hvis abstraktet inneholdt relevante data. Forskningsartiklene ble så gransket og kritisk vurdert ved hjelp av et skjema skrevet av Sjöblom & Rygg (2012)(se vedlegg 3). Skjemaet ble funnet gjennom høgskolens nettsider.

I første del av analysen ble det lagt vekt på å skaffe et helhetsinntrykk av forskningen. Funnene i forskningsartiklene ble nøye lest og oversatt. Aktuelle funn i forskningens resultatdel ble dermed markert i teksten og ble satt inn som meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble deretter kondensert til egen tekst som omhandler det samme fenomenet, også kalt subkategorier. Subkategoriene utgjør utgangspunktet for de tre kategoriene som blir benyttet i resultatet. I vedlegg 4 vises det til hvordan subkategoriene ble satt sammen til kategorier.

2.5 Ethiske overveielser

I følge Polit & Beck (2012) skal studier som involverer mennesker ta hensyn til etikk. I tillegg til å ta hensyn til personvern, skal en sikre troverdighet og beskyttelse av forskningsresultatene (Dalland, 2012; Polit & Beck, 2012).

For å sikre at personvern blir ivaretatt, er det i denne studien lagt vekt på at de inkluderte forskningsartiklene er godkjent av etisk komité, eller at forskningen er vurdert av andre relevante lokale etiske komitéer. Forskning som er stemplet med godkjenning av etisk komité har ivaretatt etiske krav som stilles for å ivareta menneskers personvern (Dalland, 2012). I to av forskningsartiklene er det ikke beskrevet om forskningen er godkjent av etisk komité eller vurdert av annen instans. Disse er likevel valgt å ta med da det ut i fra metodekapitlene i forskningsartiklene kommer fram at deltakernes personvern blir ivaretatt ved anonymisering av data, samtykke og frivillighet. Se vedlegg 4 for å få oversikt over forskningsetisk kvalitet av hver enkelt studie.

Å sikre troverdighet og beskyttelse av forskningsresultater handler om å være tro mot kilder og funn. Dette innebærer å ikke forfalske funn eller drive plagiering av andres arbeid og ideer (Polit & Beck,

2012). I denne litteraturstudien er det tatt hensyn til dette ved å være redelig med refereringen. I tillegg er det etterstrebet å presentere en sannferdig presentasjon av andres funn.

3.0 Resultat

Ut i fra analysen vokste tre kategorier fram; truet selvbilde etter stomioperasjon, bekymringer knyttet til seksualitet og møtet med helsepersonell. I dette kapitlet presenteres data fra hver kategori.

3.1 Truet selvbilde etter stomioperasjon

Det første synet og møtet med stomien opplevdes for mange sjokkerende (Manderson, 2011; Persson & Hellström, 2002; Sinclair, 2009). Noen avviste stomien, og synes det var vanskelig å se og ta på stomien i starten (Danielsen, Soerensen, Burcharth & Rosenberg, 2013). I studien utført av Ayaz & Kubilay (2008) viste det seg at 46 % av deltakerne rapporterte at de ble trist da de så stomien for første gang. Andre pratet om å tape en part av kroppen med blandete følelser (Sinclair, 2009). Etter det første sjokket, gikk det relativt kort tid før det ble mer komfortabelt å se på stomien (Persson & Hellström, 2002).

En stomioperasjon fører til forstyrrelser i kroppsbildet (Andersson, Engström & Söderberg, 2010; Ramirez et al., 2014; Reese et al., 2014; Sharpe, Patel & Clarke, 2011; Sinclair, 2009). I følge kvantitative studier var det signifikante forskjeller knyttet til kroppsbildeforstyrrelser mellom ulike grupper med kolorektal cancer basert på stomistatus (aldri hatt stomi, har hatt og har stomi). Deltakere med stomi viste seg å ha et verre kroppsbilde sammenlignet med deltakere uten stomi (Reese et al., 2014; Sharpe et al., 2011). Det viste seg også at kroppsbildet til deltakerne med stomi ble verre over tid sammenlignet med kontrollgruppen (Sharpe et al., 2011). De største kroppslige forandringene var knyttet til mageområdet (Andersson et al., 2010). Flere uttrykte følelser som avsky til egen kropp (Persson & Hellström, 2002; Sinclair, 2009). En av de største bekymringene til pasienter med stomi var blant annet attraktivitet og følelser om kroppen (Carlsson, Boseaus & Nordgren, 2003). I kontrast var det et fåtall som hevdet at stomien ikke hadde innvirkning på kroppsbildet (Ramirez et al., 2014; Sinclair, 2009). Noen var fornøyd med hvordan stomien så ut (Manderson, 2011).

I den kvalitative studien til Annells (2006), var det et sterkt ideal å være "normal" for alle seks deltakerne. Stomiopererte følte seg annerledes (Annells, 2006; Danielsen et al., 2013; Persson & Hellström, 2002; Ramirez et al., 2014). Stomiopererte følte at de ikke var seg selv, at de var uverdige og at de luktet (Annells, 2006). Andre mente at den forandrede kroppen hadde forstyrret følelsen av å

være et helt menneske, og at en ikke lengre var komplett (Ramiez et al., 2014). Stomiopererte opplevde at stomien hadde påvirket deres identitet, men hevdet at støtte fra mennesker de kjente hjalp dem å erkjenne deres tidligere identitet (Danielsen et al., 2013). På en annen side, var det enkelte som avslo disse ideene om at stomien hadde påvirket selvbilde og seg selv som person. Stomien var ingenting å være flau over (Ramiez et al., 2014).

Endring av klesstil var noe flere foretok seg etter operasjonen (Andersson et al., 2010; Danielsen et al., 2013; Manderson, 2005; Persson & Hellström, 2002; Sinclair, 2009). Stomiopererte opplevde frykt for at andre skulle se stomien gjennom klær (Danielsen et al., 2013; Sinclair, 2009). Endring av klesstil innebar for noen å bruke mer komfortable klær, som særlig ikke la trykk over stomien og som kunne romme en full stomipose (Andersson et al., 2010). Frykt for å ødelegge stomien førte til at noen kvinner unngikk å bruke trange kjoler, mens noen menn benyttet seg av bukseseler for sikkerhetens skyld (Persson & Hellström, 2002). Å benytte seg av bikini, selv ved ung alder, ble for noen uaktuelt etter operasjonen (Danielsen et al., 2013). I kontrast kunne enkelte benytte seg av bikini igjen etter mange år med inkontinens for avføring (Sinclair, 2009).

Flere studier viste at mange stomiopererte var bekymret over hva andre synes og tror angående stomien (Annells, 2006; Danielsen et al., 2013; Persson & Hellström, 2002; Sinclair, 2009). I følge en kvantitativ studie, var en av de mest intense bekymringene stomiopererte hadde, å være en byrde for andre (Carlsson et al., 2003). Bekymringene handlet ofte om at andre kan se, høre lyder eller kjenne lukt fra stomien (Danielsen et al., 2013; Manderson, 2005; Persson & Hellström, 2002). Dette førte til at mange stomiopererte begrenset daglige aktiviteter for å kompensere for manglende kroppskontroll (Danielsen et al., 2013; Persson & Hellström, 2002). Å dra i svømmehallen var for noen utenkelig, selv om dette var noe de ellers brukte å gjøre før operasjonen (Persson & Hellström, 2002). Andre isolerte seg fra den sosiale omverdenen på grunn av frykt for flatus (Annells, 2006). Enkelte ble også mindre sosialt aktiv og pratet mindre i større sosiale sammenhenger på grunn av at de ikke følte seg selvsikker nok (Manderson, 2005). I slike sosiale sammenhenger ville stomiopererte heller prate om årsaken eller sykdommen bak stomien, og ikke om stomien i seg selv. Stomien ble altså sett på som tabu (Danielsen et al., 2013).

3.2 Bekymringer knyttet til seksualitet

I Persson & Hellström (2002) sin kvalitative studie, rapporterte alle ni deltakerne at de følte seg mindre attraktive etter operasjonen. Flere opplevde at det var vanskelig å seksualisere kroppen sin

(Manderson, 2005). Noen av de største bekymringene stomiopererte hadde var knyttet til intimitet, attraktivitet og følelser om kroppen. I tillegg bekymret de seg over hvilke tanker partner hadde samt at de var bekymret for lekkasje eller at posen skulle åpne seg under samleie (Ayaz & Kubilay, 2008; Carlsson et al., 2003).

Stomiopererte var bekymret for flatus, lyd eller lukt fra stomien ved intimitet (Annells, 2006; Manderson, 2005). Under samleie opplevde noen å ha tankene på stomien og dens begrensninger, og ikke i selve akten. Dette kunne dreie seg om tanker og bekymringer om at stomiposen fortsatt hang på, om posen var sikker og om en faktisk hørte lyder fra stomien. For å beskytte stomien og stomiposen brukte enkelte dekkende plagg rundt magen og stomien. Dette gjorde seansen mer komfortabel for begge parter fordi det virket sikrere mot mulige lekkasjer og reduserte sjansen for at pinlige lyder skulle oppstå (Manderson, 2005). Andre benyttet seg av klesplagg som skulle skjule stomien under samleie, eller for å føle seg mer attraktivt for den andre part (Annells, 2006; Manderson, 2005; Persson & Hellström, 2002).

Flere stomiopererte bekymret seg over tanken på å være intim med noen, og særlig det å skulle starte et nytt intimt forhold (Annells, 2006; Manderson, 2005; Ramirez et al., 2014; Sinclair, 2009). Bekymringene handlet ofte om redsel for at andre skal miste interessen når de forteller om stomien, redsel for å være naken eller å ha samleie med pose på magen (Ramirez et al., 2014). Stomiopererte mente selv at partneren var støttende, og at partneren hevdet at stomien ikke hadde innvirkning på seksuallivet (Annells, 2006; Manderson, 2005). Flere har opplevd at forhold har tatt slutt på grunn av stomien (Annells, 2006; Ramirez et al., 2014). Single deltakere unngikk stevnemøter. I kontrast, var det et mindretall som startet med stevnemøter igjen etter operasjonen. Dette fordi de var kvitt tidligere plager (Annells, 2006; Sinclair, 2009).

For noen var seksuell aktivitet ikke mulig på grunn av arr og smerter (Andersson et al., 2010), eller fordi den stomiopererte ikke hadde lyst, ikke følte seg sterk nok etter operasjonen eller fryktet sterke smerter (Manderson, 2005; Persson & Hellström, 2002). I følge en kvantitativ studie, hvor deltakere med kolorektal cancer delt inn i tre grupper; har stomi, har hatt og ingen stomihistorie, hadde kvinner som har og har hatt stomi lavere seksualfunksjon sammenlignet med kvinner uten stomihistorie. Måling av seksualfunksjonen innebar seksuell lyst, opphisselse, orgasme og grad av seksuelle utfordringer. Det ble ikke funnet forskjeller i seksualfunksjon blant mannlige deltakere med stomi (Reese et al., 2014). Noen eldre kvinner og menn var ikke lengre seksuelt aktive før operasjonen. Stomioperasjonen hadde derfor ingen innvirkning på seksuallivet (Manderson, 2005).

3.3 Møtet med helsepersonell

I studien til Persson & Hellström (2002) mottok åtte av ni deltakere preoperativ informasjon. Noen deltakere i denne studien hevdet at informasjonen som ble gitt før operasjonen, ikke hadde gitt signaler om at operasjonen ville føre med seg et emosjonelt sjokk og et mer negativt kroppsbilde. I følge deltakerne i studien til Danielsen et al., (2013) hadde helsepersonell presentert urealistisk informasjon om hvordan livet med stomi ville være. Informasjonen som ble gitt stemte ikke overens med virkeligheten. Deltakere i studien til både Danielsen et al., (2013) og Sinclair (2009) hevdet at det ikke var mulig å se for seg hvordan det er å leve med stomi før en faktisk sitter der med posen på magen.

Stomipasienter anså at det var viktig å samtale med sykepleierne om seksualliv. I en studie viste det seg at 74 % av deltakerne med kolostomi og 53 % av deltakerne med ileostomi, var misfornøyde over mulighetene de hadde til å diskutere seksuallivet med sykepleierne (Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas, & Hultén, 2005). I studien til Ayaz og Kubilay (2008) ble seksuelle problemer til stomiopererte målt før og etter benyttelse av PLISSIT-modellen. Det viste seg at gruppa som fikk jevnlig hjemmebesøk av helsepersonell som benyttet modellen, reduserte seksuelle problemer sammenlignet med gruppa som fikk besøk av helsepersonell som ikke tok i bruk denne modellen.

Flere påpekte viktigheten av å møte andre som har gjennomgått det samme og fått stomi (Danielsen et al., 2013; Sinclair, 2009). Deltakere i studien til Danielsen et al., (2013) foreslo gruppebasert undervisning hvor tidligere stomiopererte kunne gi bort tips og råd til nye stomiopererte. De foreslo at likemenn skulle undervise slik at undervisningen ble mer virkelighetsnær. Noen var medlemmer av ulike stomiforeninger (Andersson et al., 2010), mens andre søkte etter informasjon på internett på grunn av manglende informasjon. Noen søkte etter andre i samme situasjon på internett (Sinclair, 2009). Andre satte pris på å ha god kontakt med sykepleierne, og synes at det var viktig å bli sett på som en person (Danielsen et al., 2013).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke opplevelser og erfaringer stomiopererte har med fokus på selvbilde, seksualitet og møtet med helsepersonell. Funnene i resultatet viser at stomiopererte opplevde og erfarte forandringer i kroppsbildet. Mange følte seg mindre attraktive og følte seg annerledes etter operasjonen. Flere endret klesstil og unngikk aktiviteter de tidligere deltok på. De var bekymret for ukontrollerbar flatus, lyd og lukt fra stomien, noe som førte til bekymringer knyttet til intime situasjoner. Å prate om seksuallivet med sykepleiere ble ansett som viktig, selv om mulighetene for dette var dårlig. Helsepersonell ga et urealistisk bilde over hvordan livet med stomi ville bli.

4.1.1 Truet selvbilde etter stomioperasjon

For å forsvare selvbildet som blir truet som følger av de store kroppslige forandringene etter en stomioperasjon, er det mange stomiopererte som neglisjerer stomien i den første tiden etter operasjonen. Dette er ubevisste forsvarsmekanismer som ofte utøves under kriseforløpets første fase; sjokkfasen (Eide & Eide, 2007; Helgesen, 2011; Nilsen, 2010). I denne litteraturstudien viser resultatet at mange opplevde det første synet og møtet med stomien som sjokkerende. Noen neglisjerte stomien og uttrykte at det var vanskelig å se og ta på stomien i starten. Det viste seg at det gikk relativt kort tid før dette ble mer komfortabelt. I følge litteratur varer sjokkfasen sjelden lenge (Eide & Eide, 2007; Helgesen, 2011; Persson, 2008; Reitan, 2010).

Reaksjonene som oppstod etter operasjonen kan sees i sammenheng med at stomiopererte kan ta del i et kriseforløp. Når det oppstår vanskelige livshendelser er en i fare for å havne i krise (Eide & Eide, 2007; Helgesen, 2011). En stomioperasjon vil føre med seg store kroppslige forandringer og pasienten kan derfor oppleve at tidligere levesett blir truet (Nilsen, 2010). Ut i fra Folkman & Lazarus (1984) sin teori om stress og mestring, kan stomien utløse stressreaksjoner hvis personen selv opplever situasjonen som belastende. Ut i fra dette kan en si at en stomioperasjon kan oppleves mer stressfylt for noen og mindre stressende for andre. Det kommer an på hvordan personen selv tolker situasjonen (Folkman & Lazarus, 1984).

I følge Eide & Eide (2007) vil pasienten i en slik situasjon ha behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Ved å lytte og samtidig formidle informasjon, omsorg, støtte og trøst bidrar sykepleieren til å bedre pasientens emosjonelle kontroll og mestring av situasjonen. Å ha emosjonell kontroll handler om å ha en viss grad av følelsesmessig åpenhet og

likevekt (Eide & Eide, 2007). Slik støtte som åpner opp for at den stomiopererte skal kunne verbalisere sin frykt og frustrasjon, kan bidra til at vedkommende enklere aksepterer den nye livssituasjonen (Ang et al., 2013; Eide & Eide, 2007; Williams, 2012). Støtte fra pårørende er også en viktig ressurs i en slik situasjon (Eide & Eide, 2007; Kristoffersen, 2011b). Sykepleieren må derfor kartlegge pasientens nettverk samt oppmuntre pårørende til å delta i samtaler.

Følelsesmessige reaksjoner kan forsterkes hvis en begynner å bearbeide tanker, følelser og reaksjoner for tidlig i krisens akutte fase. Den stomiopererte må få uttrykke sine tanker og følelser hvis vedkommende føler for dette, men sykepleieren må ikke oppmuntre til bearbeiding av følelser for tidlig i forløpet (Reitan, 2010).

Krisereaksjoner kan oppleves ulikt og variere fra person til person (Nilsen, 2010; Reitan, 2010). En som er diagnostisert med kolorektal cancer vil kunne vurdere situasjonen som svært skremmende. Kanskje vil han også være i sjokk også over å ha fått denne diagnosen (Nilsen, 2010). En som er diagnostisert med inflammatorisk tarmsykdom vil kunne vurdere situasjonen annerledes og er sannsynligvis mer forberedt på at stomi vil være løsningen for å bli kvitt plagsomme symptomer (Borwell, 2009; Nilsen, 2010; Williams, 2012). Sykepleieren må møte pasientens behov for hjelp og støtte uansett bakenforliggende årsak til stomien. For å kunne kartlegge pasientens behov for hjelp og støtte må sykepleieren ha kunnskaper om mennesker i sorg og krise (Nilsen, 2010).

Resultatet viser at stomiopererte har et mer negativt kroppsbilde sammenlignet med mennesker uten stomi, og at kroppsbildet blir mer negativt over tid. Flere uttrykte følelser som avsky til egen kropp. Utleggelse av tarmen vil være en synlig endring av kroppens utseende. I tillegg til de synlige endringene har en ikke lengre kontroll over avføring og det oppstår uforutsigbarhet når det gjelder flatulens, lyd og lukt. Disse funnene støttes av litteraturen, som sier noe om at mennesker som får utført en stomioperasjon, vil kunne få et mer negativt kroppsbilde grunnet både endringer i utseende og tap av kroppslige funksjoner (Nilsen, 2010; Persson, 2008; Solvoll, 2011; Williams, 2012).

I følge Hummelvoll (2012) utgjør kroppen en liten del av selv-begrepet, men kroppen vil likevel gjennom livet være ankerfestet for selvoppfatningen. Videre beskriver Hummelvoll at selvbildet kan slå alvorlige sprekker når kroppsbildet blir berørt av tap som etter en stomioperasjon. Resultatet i denne litteraturstudien viser nettopp til endret oppfatning av en selv etter operasjonen; flere følte seg annerledes etter operasjonen, noen uttrykte at de ikke lengre var komplett og at identiteten var blitt påvirket. Det var også for noen et sterkt ideal å være "normal". Funnene støttes av litteratur som viser til at kroppsbildeforstyrrelser kan påvirke selvbildet (Heggdal, 2008; Solvoll, 2011).

På en annen side, var det enkelte som avsto ideene om at stomien hadde påvirket kropps- og selvbildet. Dette kan sees i sammenheng med hvilken livsperiode den stomiopererte er i, hvilke tidligere erfaringer vedkommende har med sykdom samt eventuelle positive eller negative erfaringer med krisemestring (Reitan, 2010). En som i utgangspunktet har et positivt selvbilde, vil kanskje ha bedre forutsetninger for å takle truslene kroppsforandringene fører mot selvbildet sammenlignet med noen med et negativt selvbilde.

Flere stomiopererte endret atferd etter operasjonen; de unngikk aktiviteter de tidligere brukte å gjennomføre fordi bekymringene for blant annet lukt, lyd og lekkasje ble store. Flere endret også klesstil i håp om å skjule stomien. I følge litteratur kan store kroppsforandringer føre til at en blir forhindret å leve slik en har gjort med tidligere aktiviteter (Heggdal, 2008; Solvoll, 2011). Det kan se ut som om selvbildet kan ha blitt truet som følger av de kroppslige forandringene, og at flere velger å gjennomføre mottiltak som unngåelsesatferd; de unngår aktiviteter de før pleide å gjennomføre på grunn av frykt for flatus, lyd og lukt samt bekymringer for hva andre tenker om stomien. Når disse bekymringene hindrer stomiopererte til å gjennomføre aktiviteter de liker, kan det gå utover livskvaliteten (Heggdal, 2008).

Den stomiopererte må lære seg å leve med stomien og begrensningene den medfører i hverdagen. Veiledning vil være en mulig tilnæringsmåte for å fremme en slik situasjon for den enkelte. Hensikten med veiledning er at mestringskompetansen styrkes. Mestringskompetanse når det gjelder eget liv har tre aspekter; et kognitivt, et affektivt og et handlingsaspekt. Sykepleieren må vurdere behov ut i fra alle aspektene; hvilke ferdigheter trenger pasienten? Hvilken kunnskap er nødvendig? Hvilke holdninger og verdier må bør den enkelte ha? Hva mener den enkelte selv? (Tveiten, 2008).

Det kognitive aspektet kan innebære at den stomiopererte har nok kunnskaper, forståelse og innsikt i egen situasjon (Tveiten, 2008). Sykepleieren starter allerede før operasjonen å informere og undervise om hva en stomi er samt anatomi som forklarer stomiens funksjon (Indrebø, 2008; Nilsen, 2010). En bra start på det preoperative møtet er å lytte til pasientens egne spørsmål og utvikle samtalen ut i fra disse. Hvis dette ikke fungerer kan sykepleieren gå ut i fra brosjyrer eller bilder som pasienten senere kan ta med seg hjem (Hallén, 2008). Å lytte til pasientens historie eller spørsmål er et viktig bidrag i veiledning (Tveiten, 2013). Sykepleieren må også informere om at det for eksempel er vanlig å få et mer negativt kroppsbilde etter operasjonen og at mange vil oppleve at selvbildet trues som resultatet viser. Retten til slik informasjon er forankret i *pasient- og brukerrettighetsloven*

(1999) §3-2. Pasienten har i følge denne loven rett på informasjon som gir innsikt i helsetilstand samt informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Slik informasjon vil gjøre at pasienten lettere opplever kognitiv kontroll. Med kognitiv kontroll menes å ha tilgang på informasjon som gjør at situasjonen oppleves forutsigbar (Eide & Eide, 2007).

Ut i fra det affektive aspektet skal den stomiopererte bli mer bevisst på sine holdninger, verdier og følelser (Tveiten, 2008). Resultatet viser at flere endret klesstil etter operasjonen. Noen endret klesstil i håp om å skjule stomien for andre, mens andre endret klesstil i form av å benytte mer komfortable klær fordi de fryktet at stomien kunne skades. Ut i fra Lazarus & Folkman (1984) sin teori om emosjonellfokustert mestring, kan det tenkes at stomiopererte prøver å skjule stomien som et forsøk på å unngå ubehag. Ubegagat kan dreie seg om at de er bekymret over hva andre synes og tror angående stomien. Sykepleieren kan gjennom veiledning legge til rette for at den stomiopererte bearbeider sine tanker og følelser og dermed blir mer bevisst på sine handlinger (Tveiten, 2008). Kanskje bidrar veiledningen til at den stomiopererte ser nye løsninger med tanke på bekledning. Sykepleieren kan også sørge for at den stomiopererte treffer frivillige fra for eksempel stomiforeningen Norilco. For mange kan det være av stor betydning å se at det er mulig å kle seg som en gjorde før operasjonen (Nilsen, 2010).

Ut i fra handlingsaspektet skal pasienten utvikle ferdigheter (Tveiten, 2008). Den stomiopererte skal utvikle praktiske ferdigheter som stell og håndtering av stomien før hjemreise. Veiledningen i stomistell bør skje gradvis. Samtaleformen bør heller være uformell enn formell da dette vil gi pasienten en følelse av å være i dialog med sykepleieren. Dermed vil den stomiopererte få bedre muligheter til å tilegne seg den kunnskapen som formidles (Nilsen, 2010). Å lære seg hvordan man steller en utlagt tarm handler om å oppnå instrumentell kontroll. Her står pasientens egenaktivitet og problemløsende metoder sentralt. Sykepleieren må i tillegg til å gi informasjon og praktisk hjelp, vise medfølelse og støtte. Pasienten skal ikke bare forstå hvordan en steller stomien, vedkommende må også se meningen med det (Eide & Eide, 2007).

Utfordringen med informasjonsformidling, undervisning og veiledning hos denne pasientgruppen i sykehus er at de på dette tidspunktet kan befinne seg i krise (Nilsen, 2010). Når et menneske befinner seg i krise er evnen til å ta til seg informasjon nedsatt (Eide & Eide, 2007; Nilsen, 2010). I sykehus fokuseres det ofte på at den stomiopererte skal håndtere praktisk stell av stomien før hjemreise. Det viser seg også at pasienten selv ofte fokuserer på å mestre de praktiske aspektene ved stomien når de er i sykehus, og det er ofte når de kommer hjem at bekymringene angående utseende, klær, jobb, aktiviteter og sex dukker opp (Fulham, 2008). Samhandlingsreformen skal etter

hvert sørge for å få en mer sammenhengende og koordinert helsetjeneste, og tverrfaglig samarbeid skal økes for å håndtere sammensatte problemer (Meld. St. 47 (2008-2009)). Dette innebærer blant annet at tilbudet i kommunen skal bedres. For at informasjonsformidling, undervisning og veiledning skal kunne bli gitt over tid, kan det tenkes at det er hensiktsmessig med tettere oppfølging av stomipasienter både før og etter operasjonen. I dagens praksis er det vanlig at stomiopererte får tilkalling poliklinisk eller hjemmebesøk for å se hvordan det går (Hallén, 2008). Det er også utviklet tilbud gjennom lærings- og mestringssentre gjennom samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)). Likevel viser resultatet i denne litteraturstudien at mange stomiopererte opplever vanskeligheter knyttet til det psykososiale aspektet ved å få stomi. Kanskje trenger enkelte et bredere tilbud og mer oppfølging utenfor sykehus enn det som allerede finnes i dag?

4.1.2 Bekymringer knyttet til seksualitet

Resultatet viser at stomiopererte hadde negative tanker om kroppen. De var bekymret for sin attraktivitet og det intime livet. Noen følte seg mindre attraktive etter operasjonen, og syntes at det var vanskelig å seksualisere den endrede kroppen. Dette støttes av litteratur som viser til at det er vanlig å føle seg mindre attraktiv etter utleggelse av tarmen (Gamnes, 2011; Nilsen, 2010; Persson, 2008). I følge Berndtsson (2008) er den forandrede kroppen sterkt knyttet til seksualiteten, og om den stomiopererte føler seg frastøtende og uattraktiv vil seksuallivet påvirkes negativt. Likevel er det ikke alle som gjennomgår en slik operasjon som opplever at seksualiteten, eller deler av seksualiteten blir truet. Personligheten vil være avgjørende for hvordan vedkommende vil takle den nye livssituasjonen. Hvis en i utgangspunktet er trygg på sin seksualitet, vil en ha bedre forutsetninger for å takle seksualiteten enn noen som ikke er trygg på sin seksualitet (Nilsen, 2010). Sykepleieren har en viktig rolle i å identifisere eventuelle behov pasienten og eventuelt partner har for å samtale om seksualitet. Siden seksualitet ofte er et følsomt og tabubelagt tema bør sykepleieren være trygg på å snakke om temaet. I tillegg, må sykepleieren trø forsiktig fram for å ikke overskride grenser. Seksualiteten er en del av mennesket gjennom hele livet, og sykepleieren må derfor ikke undervurdere eldre menneskers behov (Gamnes, 2011).

Resultatet viser at stomiopererte var bekymret for flatus, lyd eller lukt fra stomien ved intimitet. I følge litteratur er vanlige bekymringer stomiopererte har, nettopp frykt for at stomien skal lage lyder eller skape lukt (Indrebø, 2008; Junkin & Beitz, 2005). Sykepleieren bør gi praktiske råd som i noen grad kan begrense de fysiske bekymringene. Dette kan innebære tømming eller bytting av pose før

situasjonen blir intim, eller benyttelse av en stomihette, noe som kan redusere sjansene for at lekkasje, lyd og lukt skal oppstå (Norilco, udatert, c).

Enkelte benyttet seg av dekkende plagg rundt stomien ved intimitet og hevdet at benyttelse av slike plagg virket sikrere mot mulige lekkasjer og pinlige lyder. Ved å skjule stomien var det også noen som følte seg mer attraktiv for den andre part. Det at enkelte prøver å skjule stomien i intime situasjoner og under samleie, kan sees i sammenheng med at de ikke har oppnådd aksept av stomien. En aksepterer ikke noe en prøver å skjule. Å akseptere den nye livssituasjonen med stomi er en lang prosess (Berndtsson, 2008; Hummelvoll, 2012; Indrebø, 2008), og for noen vil nok skjuling av stomien i denne prosessen være et tiltak for å greie å gjennomføre for eksempel samleie. Å opprettholde det intime livet kan være viktig for partnerskapet, særlig hvis det intime livet var en viktig del av partnerskapet før operasjonen. Sykepleieren bør likevel ikke oppfordre stomipasienter til å skjule stomien under samleie og i intime situasjoner da dette kan virke motstridende med tanke på at både sykepleieren og den stomiopererte bør ha en aksepterende holdning til stomien.

Ved å ta i bruk PLISSIT-modellen kan sykepleieren ivareta behovet for å snakke ut om det som er vanskelig med tanke på seksualitet (Berndtsson, 2008; Gamnes, 2011; Indrebø, 2008). Trygghet er en forutsetning for at en slik samtale skal finne sted (Gamnes, 2011; Nilsen, 2010). I følge Thorsen (2011) kan vi ikke skape trygghet, men tryggheten hos den vi møter oppstår i ham. Det sykepleieren kan gjøre, er å legge forholdene til rette slik at trygghet får rom i den andre. Å legge forholdene til rette kan innebære å være til stede og følge den andres oppmerksomhet (Thorsen, 2011). Bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon kan oppfylle disse kravene. Ansiktsuttrykk, stemmeleie, bekræftende niking, berøring og stillhet er nonverbale ferdigheter sykepleieren kan ta i bruk. Verbale ferdigheter kan for eksempel være å stille spørsmål, bruke pauser, sammenfatte det den stomiopererte har å fortelle, speile følelser og oppmuntring (Eide & Eide, 2007). Disse kommunikative ferdighetene kan spille en viktig rolle i å vise den stomiopererte at vedkommende blir hørt, forstått og tatt på alvor.

PLISSIT-modellen kan benyttes i veiledning. På første trinn i modellen, *tillatelse*, skal sykepleieren gi rom for å snakke om seksualitet (Gamnes, 2011). Her kan det oppstå refleksjon av tanker og følelser, noe som også er sentralt i veiledning (Tveiten, 2013). Sykepleieren kan legge til rette for og signalisere gjennom bruk av bilder, brosjyrer og litteratur at det her er tillatt å samtale om seksualitet (Berndtsson, 2008; Gamnes, 2011). I følge Berndtsson (2008) bør sykepleieren starte med å undervise pasienten om seksualitet. Undervisningen kan innebære at sykepleieren underviser om hvordan seksualiteten vanligvis fungerer, både fysisk og psykisk, slik at pasienten enklere får sette ord på sine

følelser eller problemer. På denne måten vil den stomiopererte og eventuelt partner få muligheten til å snakke ut om sine bekymringer og problemer. I følge Borwell (2009) kan sykepleieren ta i bruk verbal og nonverbal kommunikasjon, noe som ikke bare vil gi pasienten mulighet til å sette ord på følelsene, men også føre til at bekymringene minskes ved at sykepleieren viser genuin interesse.

I følge Junkin & Beitz (2005) er det viktig at sykepleieren lytter forsiktig til den stomiopererte. Den stomiopererte skal ikke presses til å snakke om seksualitet da dette kan være et svært følsomt tema knyttet opp mot religion, kultur og tabu. Sykepleieren kan bevege seg over på neste nivå i modellen, *begrenset informasjon*, når den stomiopererte og eventuelt partner snakker åpnet om sine bekymringer og kanskje behøver videre informasjon eller råd. På dette nivået kan sykepleieren gi informasjon om for eksempel seksuelle hjelpemidler. Dette kan være informasjon om stomiutstyr, som for eksempel bruk av stomihette, som vil redusere sjansene for at flatus, lyd og lukt oppstår. Sykepleieren må vurdere behov for videre oppfølging og hjelp. Kanskje vil pasienten trenge mer spesifisert hjelp. Sykepleieren må derfor vurdere om pasienten og eventuelt partner vil trenge hjelp fra personell som er mer spesialisert innenfor emnet. Det er opp til den opererte selv om partner bør inkluderes i slik veiledning eller ikke. Sykepleieren bør likevel oppmuntre partneren til å inkluderes i undervisning og veiledning da dette kan gi partneren bedre innsikt i situasjonen. Dermed vil de sammen være bedre rustet til å takle utfordringene i det intime livet (Berndtsson, 2008; Nilsen, 2010).

Grunnet store fysiske belastninger etter operasjonen, kan det i følge Berndtsson (2008) ta tid før det seksuelle samlivet gjenopptas etter operasjonen. I følge Fulham (2008) er det først etter utskrivelse fra sykehuset spørsmålene om sex dukker opp. I tillegg viser resultatet til at flere opplever å være i en sjokktilstand tidlig postoperativt, noe som gjør at en har dårligere kontakt med sine følelser, og at vurderings- og tankeevnen blir nedsatt (Eide & Eide, 2007). Derfor vil det på mange måter være aktuelt å ta i bruk PLISSIT-modellen i veiledning utenfor sykehus, enten det er oppfølging fra stomisykepleier eller sykepleier på hjemmebesøk, poliklinisk oppfølging eller oppfølging fra hjemmesykepleien. Spørsmålet vil handle om hvordan slik oppfølging for de som vil trenge dette, vil lønne seg for samfunnet. I følge Almås & Benestad (2006) vil fokusering på seksualitet i mange tilfeller spare helsevesenet for både økonomiske og menneskelige konsekvenser. En tilsynelatende kostbar innsats, for eksempel veiledning av seksuelle problemer til en stomipasient, kan føre til reduserte lidelser på lengre sikt enn økonomiske begrensninger vanligvis kan synliggjøre. Behandling av seksuelle problemer i parforhold, kan i noen tilfeller føre til unngåelse av skilsmisse, noe som vil spare samfunnet økonomisk, men også menneskelig i form av at en skilsmisse er tung å bære (Almås

& Benestad, 2006). Litteratur viser til at problemer knyttet til seksuallivet før operasjonen vil forsterkes etter operasjonen (Berndtsson, 2008; Nilsen, 2010).

Resultatet viser at flere stomiopererte bekymrer seg over å være intim med noen. Særlig bekymringsfullt var det for de som skulle starte et nytt intimt forhold. I følge Berndtsson (2008) kan stomien virke hindrende for de som skal etablere et nytt intimt forhold, men stomien kan også virke hindrende i et allerede etablert forhold. Resultatet viser også at stomiopererte var bekymret for at andre skal miste interessen når de forteller om stomien, og at de var bekymret for å vise seg naken for andre. Disse funnene kan sees i sammenheng med at flere opplever å bli usikker på sin attraktivitet etter operasjonen (Berndtsson, 2008; Nilsen, 2010). I følge Norilco (udatert, c) er det viktig at partene er åpne ovenfor hverandre og at en gir uttrykk for sine følelser angående det intime livet. Sykepleieren bør informere om at det kan ta tid før den seksuelle lysten er tilbake og at den stomiopererte ofte har behov for nærhet i starten. For stomiopererte som ikke har en partner, bør sykepleieren informere om at det kan være lurt å fortelle han eller hun at en har stomi før situasjonen blir intim. Dermed vil vedkommende få tid til å venne seg til tanken på noe som ellers kan virke skremmende (Norilco, udatert, c). Igjen vises det til PLISSIT-modellen, hvor sykepleieren kan inkludere den stomiopererte og eventuelt partner for å samtale om det som er uavklart eller vanskelig. En støttende partner vil kunne ha stor betydning for at de sammen skal klare å gjenoppta det intime livet (Berndtsson, 2008).

Kort tid etter operasjonen var seksuell aktivitet for noen ikke mulig på grunn av arr, smerter, nedsatt lyst og nedsatt fysisk yteevne. I følge Norilco (udatert, c) kan det ta tid før den seksuelle aktiviteten tas opp igjen etter operasjonen grunnet både fysiske og psykiske begrensninger. De fysiske begrensningene kan være knyttet til arr, smerter i operasjonssår og nedsatt fysisk yteevne. De psykiske begrensningene kan være knyttet til at den stomiopererte føler seg mindre attraktiv enn tidligere og dermed kan få mindre lyst. Alle er ikke seksuelt aktive før operasjonen og noen har heller ikke en partner. Uansett har alle en seksualitet, og det er derfor viktig at pasienten får vite hvordan operasjonen og stomien kan påvirke seksualiteten (Nilsen, 2010). Retten til slik informasjon er også forankret i *pasient- og brukerrettighetsloven* (1999) § 3-2. I følge Berndtsson et al., (2004) bør sykepleieren informere om vanlig problematikk pasienten kan støte på. Dette innebærer informasjon om at det er normalt å føle seg trett etter operasjonen, at endret kroppsoppfatning kan påvirke den seksuelle lysten, at samleie ikke skader stomien og at bekymringer omkring selvbilde er normalt. Sykepleieren bør oppmuntre partner til å være til stede under slik informasjonsformidling da partneren ofte kan ha tanker og spørsmål rundt temaet (Indrebø, 2008; Nilsen, 2010). Slik

informasjonsformidling kan settes i sammenheng med PLISSIT-modellens andre nivå, som er behov for begrenset informasjon.

Resultatet viser at kvinner med kolorektal cancer har lavere seksualfunksjon etter stomioperasjonen sammenlignet med kvinner som tidligere har hatt stomi og kvinner uten stomihistorie. Seksualfunksjon i denne studien kan som nevnt i resultatet knyttes opp mot seksuell lyst, opphisselse, orgasme og grad av seksuelle utfordringer. I følge Berndtsson (2008) kan stomiopererte oppleve at den seksuelle lysten blir nedsatt grunnet nedsatt allmenntilstand, smerter, vektoppgang eller vektnedgang. Når pasienten etter en tid har innhentet seg fysisk, vil den seksuelle lysten ofte komme tilbake. Noen vil også oppleve seksuelle utfordringer på grunn av at anatomiske forhold forandres. Hvilke anatomiske forhold som blir påvirket, vil avhenge av hvilken operasjon det er snakk om. For å minske seksuelle plager som for eksempel smerter, kan noen par bli tvunget til å anvende andre samleiestillinger (Berndtsson, 2008). Slike forslag kan knyttes opp mot PLISSIT-modellens tredje nivå, *spesifikke forslag*. På dette nivået kreves det mer spesialisert personell som har bredere kunnskaper innenfor seksualitet og samliv hos stomiopererte (Gamnes, 2011; Nilsen, 2010). Sykepleieren får en viktig oppgave i å samhandle med yrkesgruppene som har kompetanse til å bevege seg på de øverste nivåene i PLISSIT-modellen. Sykepleieren må først kartlegge eventuelle behov for videre hjelp, for så å innhente bistand fra andre yrkesgrupper som har mer kompetanse innenfor området. *Helsepersonelloven* (1999, § 4) fastslår at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner.

Det må også tas i betraktning at mange mennesker med kolorektal cancer har gjennomgått cytostatika- og strålebehandling, noe som også kan føre til seksuelle utfordringer som tørre slimhinner, nedsatt følsomhet og muskelkraft, potensproblemer, nedsatt lyst samt at fertiliteten kan påvirkes (Varre, 2010). Normale aldersforandringer vil også kunne påvirke seksualfunksjonen og det må tas i betraktning at eldre mennesker kan ha andre sykdommer, eller stå på medikamenter som kan forsterke plagene (Berndtsson, 2008).

4.1.3 Møtet med helsepersonell

Resultatet viser at noen mente at informasjonen som ble gitt preoperativt ikke stemte overens med virkeligheten som innebar et mer negativt kroppsbilde og emosjonelt sjokk. Pasienten har i følge *pasient- og brukerrettighetsloven* (1999) §3-2 rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand. Pasienten skal også informeres om mulige bivirkninger og risikoer. Sykepleieren får dermed en plikt ovenfor pasienten i å informere også om de psykiske aspektene ved å få stomi,

som for eksempel at det er vanlig å få et mer negativt kroppsbilde og emosjonelt sjokk som resultatet viser. Disse funnene i resultatet kan også sees i sammenheng med at noen pasienter opplever å være i en vanskelig situasjon allerede før operasjonen. Kanskje har noen nylig fått den tunge beskjeden om kreftdiagnosen som vil trenge kirurgisk behandling som resulterer i en stomi. Å få en kreftdiagnose vil for de fleste oppleves som en traumatisk krise (Reitan, 2010). Mennesker i krise kan ha vanskeligheter med å oppfatte informasjon som blir gitt (Eide & Eide, 2007; Hallén, 2008; Nilsen, 2010). Kanskje har sykepleieren eller annet helsepersonell gitt informasjon om hvordan kroppsbilde kan påvirkes negativt samt informert om andre psykiske aspekter en stomioperasjon kan berøre. Sykepleieren må sørge for at informasjonen som blir gitt er tilpasset den enkeltes situasjon ut fra sykdom og krisevurdering. Tilpasset informasjon er også forankret i *pasient og brukerrettighetsloven* (1999) § 3-5. Dette forutsetter at sykepleieren har kunnskaper om mennesker i sorg og krise. Den muntlige informasjonen bør kombineres med skriftlig informasjon i form av for eksempel informasjonsskriv og brosjyrer da dette kan forsterke den muntlige informasjonen som blir gitt (Nilsen, 2011; Reitan, 2010).

Stomiopererte hevdet at det ikke er mulig å se for seg hvordan det er å leve med stomi før en sitter der med posen på magen. Derfor kan det i mange tilfeller være aktuelt for pasienter som skal få stomi eller nettopp har fått stomi, å møte andre mennesker som har gjennomgått det samme. I følge funnene i denne litteraturstudien ønsket pasienter som skulle få stomi eller nylig hadde fått stomi, å møte andre mennesker i samme situasjon. Pasientforeningen Norilco tilbyr slike møter før og etter operasjon (Nilsen, 2010). I følge litteratur kan det være av stor verdi å møte andre som har gjennomgått det samme. Særlig betydningsfullt er det å se at personen lever et normalt liv (Eide & Eide, 2007; Nilsen, 2010). Slik kontakt kan styrke pasientens kognitive kontroll, som i følge Eide & Eide (2007) innebærer å ha tilgang på informasjon som gjør at situasjonen kan oppleves som entydig og forutsigbar.

Resultatet viser at stomiopererte var misfornøyde over mulighetene de hadde til å diskutere seksuallivet med sykepleierne. I følge Indrebø (2008) unnlater en stor andel av helsepersonell å snakke om seksualitet i forbindelse med stomioperasjoner. Dette kan ha sammenheng med at sykepleiere ofte har for liten kunnskap om temaet. For pasienten selv kan det være vanskelig å ta opp temaet ovenfor sykepleieren, til tross for at pasienten ofte har behov for å samtale om emnet (Berndtsson et al., 2004). Sykepleiere bør ikke bare oppmuntre pasienten til å diskutere sex, men også være villig til å invitere til en slik samtale i stedet for å vente på at pasienten tar opp temaet (Schuler, 2013). Som tidligere diskutert, er benyttelse av PLISSIT-modellen en måte å diskutere

seksualitet på. Funn i resultatet viser til at seksuelle problemer blir redusert ved benyttelse av denne modellen.

Videre vet vi at seksualitet for mange er oppfattet som noe privat. Relasjonen mellom sykepleier og pasient blir derfor viktig. I følge Berndtsson et al., (2004) innebærer enhver relasjon gjensidig avhengighet. Mennesket kan derfor ikke forholde seg til andre mennesker uten å utlevere seg selv. Skau (2015) beskriver skillet mellom å være personlig, privat og profesjonell. For å diskutere om temaet seksualitet er det viktig at sykepleiere vet om disse skillene. For å oppnå god kontakt med pasienten bør sykepleieren opptre personlig på en offentlig måte. Det vil si at sykepleieren har en personlig væremåte i en offentlig situasjon. Dette innebærer at sykepleieren engasjerer seg i møtet med pasienten og er fullt til stede som person. Sykepleieren kan dele personlige erfaringer uten å bryte den profesjonelle rammen for samhandlingen. Dette vil gjøre det lettere for pasienten å få tillitt til at sykepleieren er i stand til å forstå han eller henne (Skau, 2015).

Stomiopererte foreslo gruppebasert undervisning hvor det var mulig å møte andre likesinnede. Flere ønsket også at foreleseren selv var stomioperert. Studier viser at undervisning i grupper hos stomiopererte øker helse relatert livskvalitet og styrker den sosiale tilpasningsevnen (Danielsen & Rosenberg, 2014; Karabulut, Dinç & Karadag, 2014). Gjennom lærings- og mestringssentre er det opprettet slike tiltak for blant annet stomiopererte, hvor målet er å fremme individets egenmestring og redusere risikoen for sykdomsutvikling (Kristoffersen, 2011a). I Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)) vises det til at forebyggende og helsefremmende arbeid i fremtiden skal foregå i kommunehelsetjenesten. Dette vil naturligvis øke kravene til tilbudene som i dag finnes i kommunene. Gjennom *pasient- og brukerrettighetsloven* (1999) §3-1 legges det vekt på brukermedvirkning. Gjennom brukermedvirkning kan stomiopererte være med å utvikle disse tilbudene. Sykepleieren har en viktig oppgave i å formidle til pasienter at det finnes ulike tilbud for stomiopererte, som for eksempel medlemskap i ulike stomiforeninger og likemannsarbeid. Det er også viktig at sykepleieren formidler at det finnes brukerorganisasjoner hvor det er mulig for den enkelte å komme med sine erfaringer og spørsmål. Norilco er et eksempel på en brukerorganisasjon spesialberegnet på stomiopererte. Brukerorganisasjoner har en viktig oppgave i å bringe brukernes erfaringer inn i nye planprosesser (Kristoffersen, 2011c).

Noen lette etter kilder på internett som skulle erstatte mangelfull informasjon. Det viste seg at mange forsøkte å komme i kontakt med andre i samme situasjon. Dette kan sees i sammenheng med at helsepersonell har unnlatt nødvendig informasjon. Det kan også tenkes at noen har vanskeligheter med å spørre helsepersonell om hva de lurer på, kanskje særlig knyttet til spørsmål om seksualitet.

Det er likevel sykepleierens oppgave å ta opp temaet (Schuler, 2013). Slike funn aktualiserer behovet for oppfølging utenfor sykehuset som gjør det mulig for pasienten å få svar på aktuelle spørsmål. Kanskje er det nødvendig med utvikling av internettmateriell som stomiopererte kan ha god nytte av når de skal lære seg å leve med stomien. Sykepleiere vil være av betydning når nytt materiell skal utvikles da de skal ha innsikt i hva stomiopererte må ha kunnskaper om og hva de skal mestre. Stomiopererte selv vil kanskje ha enda større betydning da de har gjennomgått forløpet og dermed vet hva som venter etter operasjonen.

4.2 Metodediskusjon

Søkeordene som ble brukt for å finne frem til utvalget dekker hensikten godt med tanke på tematikken stomi, selvbilde og seksualitet. For å få frem opplevelser og erfaringer i møte med helsepersonell, kunne det ha blitt brukt mer konsekvente søkeord som "Nursing" og "Quality of Health Care". Det viste seg likevel at samme forskning ble funnet under de andre søkeordene som ble brukt.

Utvalget er valgt ut i fra to søkebaser. Det ble også gjort søk i andre databaser som Svemed+, Sykepleien Forskning og PsycInfo, men dette uten å finne forskning som svarte til studiens hensikt. Ved funn i flere databaser kan det tenkes at litteraturstudien kunne blitt tilført ytterligere forskning. I tillegg var det ønskelig med nordisk forskning, noe som delvis er lyktes med å få til, med fire svenske og en dansk studie. Nordisk forskning var ønskelig fordi de kulturelle betingelsene er relativt like.

Studier fra flere forskjellige land kan ha kulturelle betingelser. Utvalget er basert på studier fra vestlige land med unntak av en studie fra Tyrkia. Denne studien er likevel valgt å ta med da den ikke avviker fra andre funn. Dermed kan en anta at allmenne forhold er erfart.

Utvalget er basert på sju kvalitative og fem kvantitative studier. For å finne forskning om stomiopererte sine opplevelser og erfaringer var det ønskelig med kvalitativ forskning. Da det ikke ble funnet flere studier som svarte til studiens hensikt og passet inn med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriteriene med valgt søkestrategi, ble det også inkludert kvantitativ forskning i studien.

Det var ønskelig med oppdatert forskning fra de siste ti år. Søkene ble først avgrenset til å gjelde studier publisert fra de siste ti år. Denne avgrensningen ble senere utvidet til siste 15 år da det ikke ble funnet mer forskning som svarte til studiens hensikt med valgte søkeord. Eldre forskning kan være utdatert. Det viste seg likevel at forskningen gikk igjen i litteraturlisten til nyere forskning. Dette kan tyde på at funnene fortsatt er gjeldende.

To studier faller utenfor inklusjons- og eksklusjonskriteriene ved at de omhandler deltakere med midlertidig stomi og andre typer stomi. Prosentandelen av deltakere med midlertidig stomi og andre typer stomi i disse studiene utgjør kun en liten del av helheten. Derfor er det valgt å inkludere forskningen til tross for at de faller utenfor inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Tidspunktene for når deltakere ble forsket på varierer fra nyoperert til flere år etter operasjonen. Dette kan bety at noen ble forsket på i krisefasen, mens andre ble forsket på etter at krisen gjorde seg gjeldene. Det kan derfor tenkes at intensiteten på opplevelsene vil være av ulik grad.

Ikke alle var seksuelt aktive eller var i et fast forhold da de ble forsket på. Aldersgruppen er også av stor variasjon, noe som kan ha påvirket funnene. Likevel viser det seg at seksualitet og selvbilde er en viktig del gjennom hele livet (Gamnes, 2011). Forskjelligheter kan gjenspeile variasjon i resultatet.

En av de inkluderte forskningsartiklene omhandlet seksuelle dysfunksjoner. Det var i utgangspunktet tilstrebet å finne forskning som omhandlet opplevelser og erfaringer. Studien gir likevel et bilde over hvordan seksuelle dysfunksjoner kan påvirke den enkeltes opplevelser og erfaringer.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke opplevelser og erfaringer stomiopererte har med fokus på selvbilde, seksualitet og møtet med helsepersonell. Funnene i denne litteraturstudien viser at mange stomiopererte opplever og erfarer utfordringer knyttet til selvbilde og seksualitet, og at flere ikke var tilfreds med helsepersonellens bidrag. For at stomiopererte skal lære seg å leve med den endrede kroppen og utfordringene den bringer med seg i hverdagen, må sykepleierne allerede i sykehus fokusere på å styrke pasientens mestringskompetanse når det gjelder eget liv. Det vil også stilles krav til sykepleiere både i sykehus og i kommunen når det gjelder kunnskaper om sykdom og seksualitet. Kanskje trenger enkelte tettere oppfølging etter utskrivelse fra sykehus, noe som stiller krav til kommunens allerede etablerte tilbud for stomiopererte. Først når helsepersonell greier å ivareta praktiske og psykososiale behov hos den enkelte, kan målet om helhetlig omsorg oppnås.

Økt pasientmedvirkning kan være nøkkelen for å utvikle dagens tilbud. Kanskje vil dette stille krav til at det blir gjort mer forskning innenfor emnet.

Referanser

- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersson, G., Engström, Å., & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International journal of nursing practice*, 16(6), 603-608.
- Ang, G. M. S., Chen, H. C., Siah, R. J. C., He, H. G., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors Relating to Patient Psychological Health Following Stoma Surgery: An Integrated Literature Review, *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587-594.
- Anells, M. (2006). The Experience of Flatus Incontinence From a Bowel Ostomy: A Hermeneutic Phenomenology. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 33(5), 518-524.
- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2008). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing* 18(1), 89-98.
- Berndtsson, I. (2008). "Seksualitet och fertilitet", i: Persson, E., Berndtsson, I., & Carlsson, E. (red.). *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*. s. 198. Pozkal: Studentlitteratur
- Berndtsson, I., Palselius, I., Olsen, T., Alstad, B., Thomsen, L., & Bach, K. (2004). *Nordisk Standard for stomipleje, seksualitet og den stomioperede patient*. Hentet 28. februar 2015 fra http://www.dsr.dk/fs/fs22/Documents/Nordiske%20standarder/Nordisk_Stomistandard_Seksualitet_Tekst_5.pdf
- Borg, T. (2010). "Seksualitet" i: Reitan, A.M., & Schjøberg, T. (red.). *Kreftsykepleie. Pasientutfordring – handling*, 3.utg. s. 121-129. Oslo: Akribe.
- Borwell, B. (2009). Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *British Journal of Nursing*, 18(4), 20-25.
- Carlsson, E., Bosaeus, I., & Nordgren, S. (2003). What concerns subjects with inflammatory bowel disease and an ileostomy?. *Taylor & Francis* (9), 978-984.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*, 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Danielsen, A. K., & Rosenberg, J. (2014). Health Related Quality of Life May Increase when Patients with a Stoma Attend Patient Education—A Case-Control Study. *PloS one*, 9(3), 1-6.

Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412.

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ferring Legemidler AS. (udatert). *IBD – Inflammatory Bowel Disease*. Hentet 10. mars 2015 fra <http://www.ibd.as>

Folkman, L., & Lazarus, R.S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3. utg. Stockholm: Natur & Kultur.

Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14-23.

Gamnes, S. (2011). "Nærhet og seksualitet", i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utg. s. 86-98. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.

Hallén, A. M. (2008). "Pasientundervisning", i: Persson, E., Berndtsson, I., & Carlsson, E. (red.). *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*, s. 209-215. Pozkal: Studentlitteratur.

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi*, 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsepersonelloven (1999). (2015, 24. april). *Lov om helsepersonell*. Hentet 05. mai 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Indrebø, K.L. (2008). "Sykepleie til pasienter med stomi" i: Knustad, U.(red.). *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie*. s. 352-356. Oslo: Akribe.

Junkin, J., & Beitz, J. M. (2005). Sexuality and the person with a stoma: implications for comprehensive WOC nursing practice. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 32(2), 121-128.

Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of clinical nursing*, 23(19-20), 2800-2813.

Kreftregisteret. (2015, 10. mars). *Cancer in Norway 2013*. Hentet 19. April 2015 fra <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2013/>

Kristoffersen, N. J. (2011a). "Den myndige pasienten", i :Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utg. s. 343. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b). "Stress og mestring", i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utg. s. 177. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011c). "Sykepleier i organisasjon og samfunn", i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, bind 1, 2. utg. s. 318-320. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Manderson, L. (2005). Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*, 61(2), 405-415.

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Nilsen, C. (2010). "Sykepleie til pasienter med stomi", i: Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie*, bind 2, 4. utg. s. 103-128. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norilco. (udatert, a). *Colostomi*. Hentet 10. mars 2015 fra <http://www.norilco.no/informasjon/tarmstomier-og-reservoarer/colostomi>

Norilco. (udatert, b). *Ileostomi*. Hentet 10. mars 2015 fra <http://www.norilco.no/informasjon/tarmstomier-og-reservoarer/ileostomi>

Norilco. (udatert, c). *Seksualitet og samliv*. Hentet 21. april 2015 fra <http://www.norilco.no/informasjon/aa-leve-med-utlagt-tarm/seksualitet-og-samliv>

NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 10. april 2015 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2014, 20. juni). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 30. april 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-+og+brukerrettighetsloven>

Persson, E. (2008). "Psykosociala aspekter på en förändrad livssituation", i: Persson, E., Berndtsson, I. & Carlsson, E. (red.). *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*, s.175-183 Pozkal: Studentlitteratur.

Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A. L., Lappas, G., & Hultén, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of advanced nursing* 49(1), 51-58.

Persson, E., & Hellström, A. L. (2002). Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 29(2), 103-108.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*, 9. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ramirez, M., Altschuler, A., McMullen, C., Grant, M., Hornbrook, M., & Krouse, R. (2014). "I Didn't Feel Like I Was a Person Anymore": Realigning Full Adult Personhood after Ostomy Surgery. *Medical anthropology quarterly*, 28(2), 242-259.

Reese, J. B., Finan, P. H., Haythornthwaite, J. A., Kadan, M., Regan, K. R., Herman, J. M., ... & Azad, N. S. (2014). Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 461-468.

Reitan, A. M. (2010). "Krise og mestring". i: Reitan, A.M., & Schjølberg, T. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient- utfordring – handling*, 3.utg. s. 76-94. Oslo: Akribe.

Rustad, L. J., & Borenstein, E. (2010). "Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelsesorganene" i: Reitan, A.M., & Schjølberg, T. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient- utfordring – handling*, 3.utg. s. 481-485. Oslo: Akribe.

Schuler, M. S. (2013). "No one said this would be an issue..." Intimacy after ostomy surgery. *Nursing2013*, 43(9), 1-4.

Sharpe, L., Patel, D., & Clarke, S. (2011). The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of psychosomatic research*, 70(5), 395-402.

Sinclair, L. G. (2009). Young adults with permanent ileostomies: Experiences during the first 4 years after surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(3), 306-316.

Skau, G. M. (2015). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med andre mennesker*, 4. utg. Oslo: Cappelen Damm.

Sneltvedt, T. (2012). "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere", i: Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien*, 3. utg. s. 104,. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svoll, B. A. (2011). "Identitet og egenverd", i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utg. s.16-23. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sunde, B. (2012). *Leve med stomi*. Hentet 12. mai 2015 fra <http://www.oncolex.no/no/Tykketarm/Prosedyre katalog/OPPFOLGING/Stomi.aspx?chapter=1&procedureSearchText=stomi>

Thomsen, L. (2001). "Å være stomipasient" i: Gjengedal, E., & Jakobsen, R. (red.). *Sykepleie 2: praksis og utvikling*, s. 696. Oslo: Cappelen Akademisk.

Thorsen, R. (2011). "Trygghet" i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utg. s. 126-127. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Tveiten, S. (2013). *Veiledning – mer enn ord*, 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Varre, P. (2010). "Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi", i: Reitan, A.M., & Schjølberg, T. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient- utfordring – handling*, 3.utg. s. 164-169. Oslo: Akribe.

WHO. (2006). *Defining sexual health*. Hentet 10. mars 2015 fra http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Williams, J. (2012). Stoma care: intimacy and body image issues. *Practice Nursing*, 23(2), 91-93.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategier

Vedlegg 2: Analysetabell

Vedlegg 3: Artikkelgranskings skjema av Sjöblom & Rygg (2012)

Vedlegg 4: Tabell over inkluderte studier

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 19.01.15	Abstrakt, siste 10 år, språk (engelsk, norsk, svensk, dansk)	Ostomy OR Colostomy OR Ileostomy AND Body image OR Self concept	33	33	19	7	3
Cinahl 20.01.15	Abstrakt tilgjengelig, forskningsartikkel, år 2005-2015, språk (engelsk, norsk, svensk, dansk)	Ileostomy OR Colostomy OR Ostomy AND Sexuality	26	26	6	3	2
Cinahl 06.02.15	Abstrakt tilgjengelig, forskningsartikkel år 2005-2015, språk (engelsk, norsk, svensk, dansk)	Ostomy OR Ileostomy OR Colostomy AND Quality of life	64	64	10	2	1
Cinahl 06.02.15	Abstrakt tilgjengelig, forskningsartikkel år 2005-2015, språk (engelsk, norsk, svensk, dansk)	Ostomy OR Colostomy OR Ileostomy AND	12	12	2	2	1

		Sexuality OR Attitude to sexuality					
Medline 22.02.15	Abstrakt, siste 15 år, språk (engelsk, norsk, svensk, dansk)	Ostomy OR Colostomy OR Ileostomy AND Body image	37	37	2	2	1
Håndzoek							4

Vedlegg 2: Analysetabell

Subkategorier	Kategorier
<p>Det første synet og møtet med stomien opplevdes for mange sjokkerende.</p> <p>En stor andel opplevde å få et verre kroppsbilde etter operasjonen. Negative følelser om kroppen var vanlig.</p> <p>Mange følte seg annerledes etter stomioperasjonen. Stomioperasjonen hadde for de fleste negative innvirkninger på selvbildet. Likevel, var det noen som opplevde at stomioperasjonen førte til et mer positivt selvbilde.</p> <p>De fleste var bekymret over hva andre synes og tror angående stomien, som igjen ofte førte til sosial isolering og skjuling av stomien.</p>	<p>Truet selvbilde etter stomioperasjon</p>
<p>Mange følte seg mindre attraktive etter operasjonen.</p> <p>Det var vanlig å oppleve bekymringer knyttet til ukontrollerbar flatus, lukt og lyd ved intimitet. Dette førte hos noen til tankeflukt under samleie. Andre benyttet seg av klesplagg som skjuler stomien i intime situasjoner.</p> <p>Tanken på seksuell aktivitet og intimitet var noe de fleste opplevde som vanskelig etter stomioperasjonen. Særlig bekymringsfullt var tanken på å innlede et nytt intimt forhold.</p>	<p>Bekymringer knyttet til seksualitet</p>

<p>For noen var ikke seksuell aktivitet mulig etter operasjonen på grunn av arr, smerter, nedsatt fysisk tilstand og tap av seksuell lyst.</p>	
<p>Stomiopererte hevdet at helsepersonell hadde presentert urealistisk informasjon om hvordan livet med stomi ville være. Noen mente at en ikke greier å se for seg hvordan det er å leve med stomi før en har opplevd det selv. Derfor ønsket mange å snakke med andre som har gjennomgått samme operasjon.</p> <p>Enkelte var misfornøyde over mulighetene de hadde til å diskutere seksualitet og samliv med sykepleiere. Selv mente de at dette var svært viktig.</p> <p>Stomipasienter foreslo gruppebasert undervisning samt å møte andre i samme situasjon.</p>	<p>Møtet med helsepersonell</p>

Vedlegg 3: Artikkelgranskingskjema av Sjöblom & Rygg (2012).

Artikkelgransking/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),
inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

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

Tittel:.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....

.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon

Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv

Randomisert Kontrollert

Intervention Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

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

Betraktes: Kjønnsforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydlig avgrensing/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk 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 logisk, 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 metode 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:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Kommentar/begrunnelse.....
.....
.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....

Vedlegg 4: Tabell over inkluderte studier

Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitet
Reese et al. (2014) Support Care Cancer Australia	Studiens hensikt er å sammenligne seksuelle utfall og oppfatning av kroppsbilde basert på stomistatus (aldri, har hatt og har stomi) hos pasienter med kolorektal cancer.	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse via mail.	Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 258 potensielle deltakere, hvor 143 (55%) svarte. Av disse 143 deltakerne, var det 2 bortfall. Dermed var det totalt 141 deltakere i studien. Deltakere var delt inn i tre grupper: aldri hatt stomi, har hatt og har stomi.	Stomistatus utgjorde signifikante forskjeller knyttet til seksuell funksjon og oppfatning av kroppsbilde.	Forskningsetisk kvalitet er ikke beskrevet. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.
Ramirez et al. (2014) Medical Anthropology Quarterly USA	Studiens hensikt er finne ut om kvinners opplevelser ved å leve med stomi.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.	30 kvinner.	Mange opplevde vanskeligheter knyttet til den forandrede kroppen. Dette innebar opplevelser av å føle seg annerledes, tekniske utfordringer knyttet til praktiske ferdigheter og bekymringer knyttet til seksualitet. Enkelte avviste disse utfordringene.	Forskningsetisk kvalitet er ikke beskrevet. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.
Danielsen et al. (2013) Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	Studiens hensikt er å undersøke hvilken innvirkning en permanent stomi har i hverdagen, samt å få større innsikt i behovene disse pasientene	Kvalitativ studie. Fokusgruppe-intervju.	15 deltakere (5 bortfall), som var delt i to grupper (en gruppe bestående med pasienter med kolorektal cancer og en gruppe med inflammatoriske	Operasjonen førte til følelser av stigma. Pasienter opplevde vanskeligheter med å identifisere seg selv etter operasjonen, og mange isolerte seg sosialt på grunn av manglende kroppskontroll.	Forskningen er godkjent av etisk komité. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.

Danmark	har for stomirelatert informasjon.		tarmsykdom.	Deltakerne påpekte viktigheten av å ha god kontakt med helsepersonellet, og å bli sett på som en hel person. De foreslo pre- og postoperativ læring i grupper.	
Sharpe et al. (2011) Journal of Psychosomatic Research Australia	Hensikten med studien er å undersøke hvilken innvirkning stomi har på kroppsbilde til mennesker med kolorektal cancer.	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse utført på sykehuset eller etter utskrivelse	79 deltakere (20 bortfall). 25 pasienter med stomi og 54 uten.	Det var signifikante forskjeller mellom gruppene i kroppsbildeforstyrrelser. Mennesker med stomi hadde et mer negativt kroppsbilde sammenlignet med mennesker uten stomi, og kroppsbildet ble mer negativt over tid. De med negativt kroppsbilde viste seg å ha større risiko for å få angst og depresjoner.	Forskningen er godkjent av relevante institusjonelle etiske komitéer. Relevant i henhold til studiens hensikt.
Andersson et al. (2010) International Journal of Nursing Practice Sverige	Hensikten med studien er å beskrive kvinners opplevelser av å leve med kolostomi etter rektalkreft.	Kvalitativ studie. Intervju.	Fem kvinner.	Kvinnene satte pris på å overleve kreften, men opplevde at de konstant var bekymret for flatus og lekkasje. Kvinnene mente at helsepersonell måtte fokusere på å gi støtte gjennom forløpet, også etter utskrivelse fra sykehuset.	Forskningen er etisk vurdert av den lokale forskningsetiske komiteen ved universitetet. Relevant i henhold til studiens hensikt.
Sinclair (2009) Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Canada	Hensikten med studien er å forstå opplevelser unge voksne med permanent ileostomi har, samt undersøke hvordan helsepersonell kan hjelpe.	Kvalitativ studie. Ustrukturerte intervju.	7 deltakere (tre menn og fire kvinner).	Stomien hadde innvirkning på kroppsbilde og selvbilde. Deltakerne ønsket mer skriftlig informasjon om livet med stomi, samt læring i grupper.	Forskningen er etisk vurdert av den lokale forskningsetiske komiteen ved universitetet og av det medisinske fakultet. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.
Ayaz & Kubilay (2008)	Hensikten med studien er å finne ut om PLISSIT-modellen kan redusere	Kvantitativ studie. Intervju.	60 deltakere, delt inn i to grupper. Gruppe I fikk postoperative besøk hvor	Bekymringer knyttet til seksualitet gikk ned etter bruk av PLISSIT-modellen, sammenlignet med kontrollgruppen hvor	Forskningen er godkjent av etisk komité.

Journal of Clinical Nursing Tyrkia	seksuelle problemer til personer med stomi.		PLISSIT-modellen ble brukt. I gruppe II ble PLISSIT-modellen ikke tatt i bruk.	modellen ikke ble tatt i bruk.	Relevant i henhold til studiens hensikt.
Annells (2006) Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Australia	Studiens hensikt er å undersøke historier til personer med tarmstomi om deres opplevelser med flatus inkontinens.	Kvalitativ studie. Ustrukturerte dybdeintervju.	Fire kvinner og to menn.	Flatus inkontinens til personer med tarmstomi, kan forårsake ubehag og ha innvirkning på selvbilde, seksualitet, sosial aktivitet og psykologisk velvære.	Forskningen er godkjent av etisk komité. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.
Persson et al. (2005) Blackwell Publishing Ltd Sverige	Hensikten med studien er å vurdere kvaliteten på pleien stomipasienter får, sett fra et pasientperspektiv.	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse.	Totalt 42 (72 %) med ileostomi og 49 (55 %) med kolostomi fullførte spørreundersøkelsen.	1/3 av deltakerne med colostomi og halvparten av deltakerne med ileostomi var misfornøyde over informasjonen de mottok om den medisinske tilstanden, og enda flere var misfornøyde over mulighetene de fikk til å diskutere seksuelle problemer.	Forskningen er godkjent av etisk komité. Relevant i henhold til studiens hensikt.
Manderson, L (2005) Social Science & Medicine Australia	Hensikten med studien er å finne ut hvordan en permanent stomi påvirker seksualitet hos menn og kvinner.	Kvalitativ studie. Ustrukturerte intervju.	18 deltakere (34 % menn og 66 % kvinner).	Stomi kan for mange påvirke selvbilde og kroppsbilde i negativ retning, og mange opplever vanskeligheter knyttet til seksualitet.	Forskningen er godkjent av etisk komité. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.
Carlsson et al. (2003) Taylor & Francis Sverige	Hensikten med studien er å beskrive bekymringer stomiopererte med inflammatorisk tarmsykdom har.	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse.	Totalt 21 deltakere (fire bortfall). 12 kvinner og 9 menn med ileostomi ble sammenlignet med matchende kontrollgruppe i generalbefolkningen.	De mest intense bekymringene stomiopererte hadde, var knyttet til intimitet, tap av energi og seksuell driv, flatus, å være en byrde for andre, evne til å prestere seksuelt, attraktivitet og følelser om kroppen.	Forskningen er godkjent av etisk komité. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.

<p>Persson & Hellström (2002)</p> <p>Wound, Ostomy and Continence Nurses Society</p> <p>Sverige</p>	<p>Studiens hensikt er å undersøke erfaringer stomiopererte har 6 til 12 uker etter operasjonen, med fokus på kroppsbilde.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Ustrukturert intervju.</p>	<p>Ni deltakere (fem menn og fire kvinner).</p>	<p>Åtte av ni deltakere fikk preoperativ informasjon. Likevel var det mange uforventete opplevelser blant deltakerne knyttet til forandret kroppsbilde, seksuelliv, sosialliv, fremmedgjøring av kroppen og fysiske utfordringer.</p>	<p>Forskningen er vurdert av den institusjonelle etiske protokollen.</p> <p>Svært relevant i henhold til studiens hensikt.</p>
---	--	---	---	---	--