



Institutt for sykepleie og helse, Oslo.

## **UNGE KVINNER, DET SEKSUELLE SELVBILDE og STOMI**

*Hvordan kan sykepleier fremme stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbilde?*

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave – bachelor i sykepleie

Kandidatnummer: 126

Kull: 12SYKHEL

Antall ord: 10 671

Innleveringsdato: 12. mars 2015

---

## **Sammendrag**

Oppgaven er et kvalitativt intervju studie med fokus på hvordan sykepleiere kan fremme stomiopererte unge kvinners selvtillit i forhold til seksualitet. Med utgangspunkt i intervju med to stomisykepleiere ble det innhentet informasjon om hvordan sykepleierne i praksis jobber med unge kvinner med stomi og deres seksuelle selvbilde.

Teoridelen i oppgaven er basert på fagbøker, samt forskningsartikler hentet fra databasene Cinahl, BIBSYS og PubMed. Flere av fagbøkene er pensum for sykepleiestudentene ved Diakonhjemmet Høgskole.

Teori og funn drøftes opp mot hverandre med fokus på hvordan sykepleierne jobber med kvinnene i forhold til seksualitet og selvbilde, med underpunkt i hvordan PLISSIT-modellen kan benyttes. Videre drøftes rollene sykepleieren har som informant og veileder, og til slutt hvordan sykepleieren kan gi fysisk og psykisk støtte til kvinnene.

Drøftingene av funnene blir representert i konklusjonen.

# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SAMMENDRAG</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>1.0 INNLEDNING</b> .....   | <b>5</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....   | 5         |
| 1.1.2 Presentasjon av tema.....   | 5         |
| 1.3 PRESENTASJON OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....   | 6         |
| 1.4 AVGRENSNING AV TEMA .....   | 6         |
| <b>2.0 TEORIDEL</b> .....   | <b>8</b>  |
| 2.1 STOMI .....   | 8         |
| 2.1.1 Permanent ileostomi .....   | 8         |
| 2.1.2 Kolostomi.....  | 9         |
| 2.1.3 Transversostomi.....  | 9         |
| 2.2 UNGE KVINNER.....   | 9         |
| 2.3 SELVBILDE.....  | 10        |
| 2.4 SEKSUALITET.....  | 11        |
| 2.4.1 Det seksuelle selvbilde.....  | 11        |
| 2.4.2 Fysiske forhold som påvirker kvinners seksualitet etter stomioperasjon .....              | 12        |
| 2.5 OREM OG SYKEPLEIETEORI OM EGENOMSORG .....  | 12        |
| 2.5.1 Sykepleierens oppgave.....  | 14        |
| 2.6 UNDERVISNING OG VEILEDNING .....  | 14        |
| 2.7 PLISSIT-MODELLEN .....  | 15        |
| <b>3.0 METODE</b> .....   | <b>17</b> |
| 3.1 KVALITATIVT INTERVJU .....  | 17        |
| 3.2 INTERVJU .....  | 18        |
| 3.2.1 Valg av informanter.....  | 18        |
| 3.2.2 Intervjuguiden.....   | 19        |
| 3.2.3 Gjennomføring av intervjuene .....  | 20        |
| 3.2.4 Bearbeidelse av intervjunotater.....  | 20        |
| 3.3 RELABILITET OG VALIDITET .....  | 21        |
| 3.4 ETISKE OVERVEIELSER .....   | 21        |
| <b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN</b> .....   | <b>23</b> |
| 4.1 SEKSUALITET.....  | 23        |
| 4.1.1 Utfordringer og bekymringer.....  | 24        |
| 4.2 SELVBILDE.....  | 24        |
| 4.3 SAMTALE.....  | 25        |
| 4.4 UNDERVISNING OG VEILEDNING .....  | 25        |
| 4.4.1 Sykepleierens forutsetninger.....   | 27        |
| 4.5 SYKEPLEIE TIL KVINNENE .....  | 27        |
| 4.6 INFORMASJON.....  | 28        |
| <b>5.0 DRØFTING</b> .....   | <b>29</b> |
| 5.1 SYKEPLEIE I SAMTALE OM SEKSUALITET OG SELVBILDE .....                                       | 29        |
| 5.1.2 Hvordan kan sykepleierne benytte PLISSIT-modellen? .....                                  | 31        |
| 5.2 KUNNSKAP OM FYSISKE FORHOLD SOM PÅVIRKER KVINNERS SEKSUALITET ETTER<br>STOMIOPERASJON ..... | 32        |
| 5.3 SYKEPLEIERENS ROLLE SOM INFORMANT OG VEILEDER .....   | 32        |
| 5.4 PSYKISK OG FYSISK STØTTE TIL KVINNENE.....  | 34        |
| <b>6.0 KONKLUSJON</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>7.0 LITTERATURLISTE</b> .....  | <b>38</b> |
| <b>VEDLEGG 1:</b> .....   | <b>40</b> |
| <b>VEDLEGG 2:</b> .....   | <b>41</b> |



## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I intropraksis var jeg utplassert på en poliklinikk. I løpet av den første dagen fikk jeg være med på koloskopi av en ung kvinne. Det viste seg at hun hadde Crohns sykdom. Da den unge kvinnen fikk påvist Crohns sykdom ble hun redd for hva som kom til å skje med henne videre. Hun hadde nemlig svært lite lyst på utlagt tarm. Da legen fortalte henne at hun muligens måtte få stomi en gang i fremtiden, var det akkurat som om livet hennes raste sammen. Pasientmøtet gjorde meg interessert i hvordan stomi kan påvirke livssituasjonen til unge kvinner, og jeg har derfor valgt å skrive om unge kvinner, seksualitet, selvbilde og stomi i bacheloroppgaven.

#### **1.1.2 Presentasjon av tema**

I Norge er det ifølge Norsk forening for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft (2010) rundt 10 000 nordmenn med stomi. Kolorektalcancer er den vanligste årsaken til at en pasient får stomi (Persson, Berndtsson og Carlsson 2008:62). Det rammer omtrent 25 av 100 000 årlig, og er en av de vanligste kreftformene i Norge (Berndtsson, Ôresland og Laurberg 2006:217).

Andre årsaker til utleggelse av stomi er medfødte misdannelser, skader og kroniske tarmbetennelser som Crohns sykdom og ulcerøs kolitt (Hudson og Goldthorpe 1997:55).

Pasientorganisasjonen Norsk forening for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft har en ungdomsgruppe som driver med arbeid for ungdom mellom 15 og 35 år med stomi. Her arrangerer de turer der formålet er at ungdommene skal kunne dele erfaringer og hjelpe hverandre til å akseptere og leve med stomi (2010).

I dagens samfunn, spesielt i den vestlige kulturen, idealiseres unge kvinner til å ha en feilfri og sunn kropp. Det kan derfor være vanskelig å føle seg seksuelt attraktiv for en kvinne med stomi, noe som kan føre til et svekket selvbilde (Berndtsson 2006:220). I følge Persson m.fl. (2008:178) kan det være en utfordring for pasienter med stomi å se på seg selv som en helhetlig person. Et dårlig selvbilde og det å føle seg lite attraktiv kan stå i veien for å skape intime relasjoner. Unge kvinner er i en fase i livet der det etableres parforhold og hvor samliv

og seksualitet er en viktig faktor (Junkin og Beitz 2005:124). De kan derfor ha store bekymringer knyttet til hvordan de skal finne seg en partner, og hvordan det intime forholdet skal fungere (ibid).

Dersom pasientens seksuelle samliv svekkes, blir et av menneskets grunnleggende behov berørt, noe som kan gå ut over livskvaliteten til pasientene (Persson m.fl. 2008:117). Som yrkesaktiv sykepleier kan man møte på pasienter med stomi som har fått et svekket seksuelt samliv etter operasjonen. Seksualitet og stomi er tabubelagte temaer som mange pasienter kvier seg for å snakke om (Junkin og Beitz 2005:123). Jeg ønsker via oppgaven min å finne ut av hva sykepleierne gjør for å styrke unge kvinners selvbilde knyttet til seksualitet og hvilke utfordringer denne pasientgruppen får etter en stomioperasjon når det kommer til selvbilde og seksualitet.

Ifølge Orem har sykepleier, som oppgave å fremme pasientens egenomsorgsbehov (Kristoffersen 2011:236). Sykepleieren kan via veiledning og undervisning møte pasientens egenomsorgsbehov og via fysisk og psykisk støtte kan sykepleieren hjelpe pasienten med å mestre en ny og ukjent livssituasjon (ibid). Det er også viktig at sykepleier skaper en god dialog med pasienten. Dette er fordi at en god dialog mellom sykepleier og pasient kan bidra til å gi trygghet og styrke mestringsfølelsen hos pasienten (Tveiten 2013).

### **1.3 Presentasjon og presisering av problemstilling**

For å få et innblikk i hvordan sykepleier kan bidra med å fremme unge kvinner som er nyoperert med stomi, i forhold til det seksuelle selvbilde, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier fremme stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbilde?*

### **1.4 Avgrensning av tema**

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til unge kvinner, seksualitet, selvbilde og stomi. Dette er på grunn av oppgavens omfang. Pasienter med urostomi, appendiksostomi og midlertidig stomier er ikke omtalt i oppgaven. Pasienter med reservoar er heller ikke omtalt. Jeg har valgt å ta for meg pasienter med kolostomi, permanent ileostomi og transvversostomi.

Jeg har også valgt å ikke ta med andre postoperative komplikasjoner som kan forekomme etter en stomi operasjon, som for eksempel hudkomplikasjoner rundt stomiåpningen, hygiene og ernæring.

Det er mange forskjellige årsaker som kan føre til stomi, deriblant kolorektalcancer, Crohns sykdom, ulcerøs kolitt og andre medfødte sykdommer. I oppgaven har jeg hovedfokus på unge kvinner, selvbilde, seksualitet og hvordan sykepleier kan fremme dette uavhengig av lidelsen som har ført til stomi.

## **2.0 Teoridel**

I teoridelen presenteres litteratur og forskning som har betydning i oppgaven med tanke på problemstillingen. De utvalgte kildene har hatt kriterier som; relevans, dato for utgivelse, forfatter(e), forlag og fagbøker godkjent av Diakonhjemmet Høgskole. Forskningsartiklene er hentet fra databasene Cinahl, Bibsys og PubMed. I litteratursøkene har jeg søkt på ord som «ostomy and sexuality», «ostomy and women and self-esteem» og «ostomy and nursing and sexuality». Annen informasjon er hentet fra Norges sykepleieforbund og Norsk forening for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft.

I teoridelen blir stomi presentert først. Deretter forskjellige aspekter om begrepene selvbilde og seksualitet. Videre presenteres sykepleieteoretikeren Dorothea Orem og egenomsorg, før undervisning og veiledning blir presentert. Til slutt kommer PLISSIT-modellen, et verktøy som har som hensikt å hjelpe pasient til å behandle seksuelle problemer.

### **2.1 Stomi**

Stomi betyr åpning på gresk. Ved anleggelse av stomi blir den normale tarmpassasjen endret. Tarmen blir viderekoblet til en overflate på huden og avføringen tømmes ut via en åpning, som regel på magen (Burch 2013:52). Ved permanent stomi blir anus, rektum og den distale tarmen fjernet (Meadows 1997:86). Tarmen vrenses og sys fast til huden. Det betyr at det er innsiden av tarmen som synes ved stomi. Tarmslimhinnen er følelsesløs ettersom det ikke er noen smertereseptorer der. I tarmen er det ikke viljestyrt muskulatur siden det er glatt muskulatur, så stomiopererte har ikke kontroll over avføring og tarmgass (Nilsen 2010:104).

#### **2.1.1 Permanent ileostomi**

Permanent ileostomi blir ofte anlagt på grunn av Ulcerøs kolitt (Hart gjengitt av Burch (2014:5). Ved ileostomi er det tynntarmen som blir lagt frem på magen. Når tynntarmen blir lagt ut er tykktarmen som regel fjernet. Siden tykktarmen er fjernet blir væske- og elektrolyttopptaket redusert ettersom tykktarmen spiller en viktig rolle for dette.

Næringsopptaket vil likevel være som før operasjon (Nilsen 2010:104). Tarmen tømmes kontinuerlig og avføringen er grøtete. Tømming og skiftning av stomien bør gjøres fire til seks ganger om dagen. Ved ileostomi er fordøyelsesenzymene i avføringen sterke og de kan være etsende for huden rundt stomien (Burch 2014:5).



### **2.1.2 Kolostomi**

Kolostomi blir vanligvis plassert på høyre side av magen og det er da sigmoideum som blir lagt frem. Den vanligste årsaken til kolostomi er kreft og operasjonen utføres hos 15-30% av alle pasienter som har endetarmskreft (Sunde 2015). Siden tynntarmen fortsatt er intakt vil næringsbalansen være som før ettersom det er tynntarmen som suger til seg næringen (Nilsen 2010:105). Ved en kolostomi vil avføringen være fast ettersom tykktarmen suger opp vann og salter (ibid). Avføring og flatus vil komme ut i stomien. Tarmen er aktiv og tømmes for avføring mellom tre ganger om dagen til tre ganger i uken (Burch 2014:5).

### **2.1.3 Transversostomi**

Transversostomi blir plassert ovenfor navlen og til høyre. Ved transversostomi blir deler av tarmen fjernet og den gjenværende tykktarmen blir kort. Når store deler av tykktarmen blir fjernet blir væskeopptaket dårligere og fordøyelsesprosessen kortere. Dette fører til at avføringen er flytende. Når avføringen er flytende er det også større sjanse for lekkasje. Ved transversostomi kommer det mye gass og avføringen tømmes litt etter litt, men ikke regelmessig (Nilsen 110:106).

## **2.2 Unge kvinner**

Unge kvinner er i en fase der det etableres parforhold og hvor seksualitet og samliv er en viktig faktor (Junkin og Beitz 2005:124). Det kan være tøft å få en endret livssituasjon etter en operasjon. I en studie gjort av Allison m.fl. (2013:1572) viste det seg at unge kvinner med stomi bekymret seg over hvor attraktive de var. Mange av kvinnene følte seg lite attraktive fordi de hadde en ukontrollert mage. Siden de unge kvinnene hadde pose på magen ble også valg av klær berørt da de ikke kunne gå i de klærne de ønsket i frykt for at posen skulle synes under tettsittende klær. Kvinnene hadde også store bekymringer for fremtiden. Disse bekymringene var spesielt knyttet til det å etablere parforhold. Det de var mest bekymret for ved etablering av parforhold var tanken på samleie med partner og graviditet (ibid). Berndtsson (2006:220) belyser at ungdommen i den vestlige kulturen idealiseres til å ha en sunn og feilfri kropp. Videre påpeker Berndtsson (ibid) hvor vanskelig det kan være for unge stomiopererte å leve opp til dette idealet ettersom mange føler seg annerledes og «urene» når de har fått utlagt tarm.

Norsk forening for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft, NORILCO , er en pasientforening for stomiopererte. Denne foreningen har fokus på omsorg og rettigheter for stomiopererte pasienter. I foreningen er det en ungdomsorganisasjon for pasienter fra 15 til 35 år. I ungdomsorganisasjonen arrangeres det turer, der formålet med turene er samtale, å dele erfaringer og å hjelpe hverandre til å leve best mulig med stomi (Norilco 2010).

### **2.3 Selvbilde**

Nordhelle m.fl. (2005:167) beskriver «selvet» som et ytre og et indre komponent. Det ytre selvet er miljøbettinget der selvet preges av å ville bli akseptert av menneskene rundt seg. Det indre selvet er genetisk betinget der menneskets behov er å være unik og annerledes enn andre (ibid). Jung (gjengitt av Nordhelle m.fl. 2005:168) skriver at menneske vil bli mer harmoniske dersom de lever fullt og helt ut fra det indre selvet. Det indre selvet er ikke preget av miljøet rundt, og mennesket vil derfor være fornøyd med sine egne kvaliteter og kan lettere akseptere den man er uansett hva miljøet rundt synes (ibid).

Ved en stomioperasjon er det mange pasienter som opplever en krisesituasjon og selvbildet kan bli svekket (Nilsen 2010:116). Junkin og Beitz (2005:124) belyser hvordan ungdom med nyoperert stomi kan få et redusert selvbilde. Ungdom får gjerne andre og mer intense bekymringer enn eldre med stomi. De påpeker videre at ungdom er mer opptatt enn eldre av om posen på magen vil synes under klærne. For yngre blir også selvbilde svekket ytterligere når de tenker på relasjoner de ønsker å skape i fremtiden, spesielt de relasjonene som er knyttet til seksualitet og samliv (ibid).

Hos en stomipasient kan kroppsbilde og selvfølelsen bli negativt berørt. Et negativt selvbilde kan påvirke pasientens evne til mestring og rehabilitering (Di Gesaro 2012:20). Di Gesaro skriver videre at dersom pasienten får støtte og oppmuntring til å mestre det praktiske stellet av stomien vil de få en større kontroll over hverdagen sin, og de negative tankene vil ikke være så fremtredende. Dersom pasienten føler seg akseptert av andre rundt seg vil dette være med på å styrke selvbilde, og pasienten vil få bedre selvtillit videre i forløpet (ibid).

## 2.4 Seksualitet

WHO (1975) 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 kjærighet (Gjenngett av Gamnes 2005:71).

Ut ifra WHO´s definisjon av seksuell helse ser man at seksualitet er viktig for mennesket. Seksualitet handler ikke kun om det fysiske, men om mange forskjellige aspekter. Seksualitet er forskjellig fra individ til individ, miljø og religion. Derfor har ikke seksualitet en fast definisjon, da dette kan virke diskriminerende for noen menneskegrupper. Almås og Benestad (1997) beskriver formålet med seksualitet i en inndeling av de seks R-er:

- Rehabilitering: seksualitet bygger opp
- Relaksasjon: seksualitet som avkobling og ro
- Respekt: seksualitet som tar hensyn til egne og andres grenser
- Relasjon: seksualitet som skaper forbindelse med andre
- Reproduksjon: seksualitet som forplantning
- Rekreasjon: seksualitet som godt og hyggelig

(ibid).

Seksualitet har biologiske, sosiale og psykososiale aspekter. I det psykososiale aspektet befinner selvbilde og kroppsbilde seg og i det biologiske aspektet er det fokus på det fysiske utseende (Junkin og Beitz 2005:122). Seksualitet handler i dagligtale om det å være en seksuell person. En seksuell person handler ikke bare om personers erotiske aktiviteter, men om alle aspektene rundt seksualitet (Gamnes 2005:41).

### 2.4.1 Det seksuelle selvbilde

Det seksuelle selvbilde består av den seksuelle følelsen og selvbilde (White 2013:39). White (ibid) beskriver kroppsbildet som et kompleks som består av psykologiske og perseptuelle fenomener, der den generelle psykososiale tilpasningen blir påvirket via disse fenomenene.

Etter en stomioperasjon kan det være vanskelig å føle seg seksuelt attraktiv, noe som kan føre til et svekket selvbilde (Berndtsson 2006:220). Når pasienten har stomi kan det bli

utfordrende å se på seg selv som en helhetlig person. Dårlig selvbilde og det å føle seg lite attraktiv kan stå i veien for å skape intime relasjoner (Persson m.fl. 2008:178). Det kan være spesielt vanskelig for kvinnene å vise seg uten klær i intime situasjoner fordi de føler et sterkt ubehag ved å vise en blottbar kropp som ikke er feilfri (Berndtsson 2006:220). Junkin og Beitz (2005:123) påpeker at seksualitet fortsatt er et tabubelagt tema og stomiopererte pasienter kan derfor føle skam dersom de redegjør engstelse omkring egen seksuelle helse ovenfor partneren.

Mange stomiopererte føler seg lite ettertraktet. De føler seg urene og er redde for lekkasje. De velger derfor å ikke være seksuelle med partneren sin i frykt for at partneren skal trekke seg bort (Gamnes 2005:98).

#### **2.4.2 Fysiske forhold som påvirker kvinners seksualitet etter stomioperasjon**

For kvinner er den vanligste dysfunksjonen etter en stomioperasjon smerter under samleie (Sprunk 1999:86). Hos kvinner som har gjennomgått kirurgi og strålebehandling kan nerveskade føre til manglende blodforsyning til klitoris som gjør det vanskeligere å oppnå orgasme (Berndtsson 2006:219). En annen ting som også påvirker kvinners seksualitet etter en stomioperasjon er smertefull samleie på grunn av mindre smøring til skjeden som gir økt friksjon under samleie (ibid) For kvinnene som har fjernet endetarmen kan det også bli vanskelig å oppnå orgasme da penetreringen endres ettersom vinkelen på skjeden vil forandres (Sprunk 1999:86). Berndtsson (2006:217) belyser at yngre kvinner med stomi ofte har seksuelle problemer knyttet til dysfunksjon, men det kan også forekomme andre behandlingskomplikasjoner som obstipasjon, smerter og tretthet.

Etter en stomioperasjon kan kvinner oppleve redusert fertilitet og det kan bli vanskeligere og bli gravid. Dette sees spesielt hos kvinner som har fått arrvevdannelser og postoperative sammenvoksinger i egglederne etter stråling eller operasjon (Burch 2013:55). Dersom eggstokkene blir skadet kan østrogenproduksjonen bli nedsatt (Berndtsson 2006:219).

### **2.5 Orem og sykepleieteori om egenomsorg**

I 1945 avla Dorothea Orem eksamen i sykepleievitenskap. Hun har basert sin sykepleieteori på egenomsorgstenking og egenomsorgssvikt. Orem har stort fokus på egenomsorg der hun legger vekt på begrepene helse, sykepleie, omgivelser og mennesket (Kristoffersen 2011:227).

Dersom mennesker skal kunne opprettholde god egenomsorg må de selv ta initiativ til å opprettholde liv, helse og velvære. Orem mener alle mennesker har et generelt mål om å tilfredsstille egenomsorgsbehovene sine. Dersom mennesket skal kunne utarbeide og opprettholde disse behovene trenger de kunnskap. For å kunne ivareta behovene sine må mennesket være selvstendig og selv ta ansvaret for sitt eget liv (Caley m.fl. 1980:302).

Viktige sider ved helse er både subjektivt og objektivt, men ifølge Orem er normal funksjon i organer viktig for et helhetlig menneske. En stomioperert pasient kan skjule stomiposen med klær og vil se frisk ut fra et objektivt ståsted. Pasienten derimot vil kanskje kunne se på seg selv med subjektive øyne og vite at hun ikke har normale funksjoner i organene (Kristoffersen 2011:229)

For å kunne styrke pasientens egenomsorgskapasitet og ivareta hans terapeutiske egenomsorgskrav må sykepleieren ha det Orem kaller for sykepleiekapasitet. Denne evnen bygger på ferdigheter, evner, verdier (Kristoffersen 2011:235).

Orem tar for seg åtte forskjellige universelle egenomsorgsbehov delt inn i seks områder der luft, vann og mat er samlet inn under et område. De universelle egenomsorgsbehovene har fokus på menneskets utvikling og funksjon (Coleman 1980:316). De seks punktene for å tilfredsstille universelle egenomsorgsbehov består av:

1. å få tilstrekkelig med luft, vann og mat
2. ivareta eliminasjon
3. ha balanse mellom aktivitet og hvile
4. ha balanse mellom ensomhet og å ha sosial kontakt
5. motvirke fare som truer liv og helse
6. fremme normalitet

(ibid).

Punkt fire handler om hvordan mennesket må opprettholde balansen mellom å være alene og ha sosial kontakt. Underpunktene til dette punktet handler om viktigheten med å kunne skape vennskap og kjærlighet, få mulighet til varme og nærhet og ha sosial tilhørighet. Punkt seks handler om å fremme normalitet der underpunktene handler om å ha en progressiv utvikling

hos seg selv, ha et realistisk selvbilde og å kunne indentifisere egne funksjonsavvik (Kristoffersen 2011:230).

### **2.5.1 Sykepleierens oppgave**

I følge Orem har sykepleieren som oppgave å fremme pasientens egenomsorgsbehov. Orem beskriver fem generelle hjelpemetoder som sykepleieren gjør bruk av for å møte terapeutiske egenomsorgskrav;

- Undervise
- Veilede
- Gi psykisk og fysisk støtte
- Ha gode omgivelser som fremmer utvikling
- Handle for den syke

(Kristoffersen 2011:236).

Å gi psykisk og fysisk støtte handler om å få pasienten til å tro på at de kan klare å mestre sin nye, ukjente livssituasjon. Undervisning og veiledning er sentrale begreper i Orems hjelpemetoder som sykepleieren kan ta i bruk for å møte egenomsorgskravene til pasienten. Sykepleieren må lære pasienten de ferdighetene pasienten trenger for å mestre sin egenomsorg (Kristoffersen 2011:237). I følge Orem (1971) involverer sykepleieret at sykepleierne bryr seg om pasienten og gjør det som skal til for at pasienten skal kunne oppnå de best mulig helsemessige resultatene (gjengitt av Coleman 1980:317).

### **2.6 Undervisning og veiledning**

Kunnskap blir formidlet ved undervisning, mens ved veiledning oppdager den som skal veiledes selv hva som skal læres (Tveiten 2013:36). Veiledning og undervisning følger hverandre, undervisning er ofte lærerstyrt, mens veiledning ofte er styrt av de som skal veiledes (ibid).

Veiledning har som hovedpoeng å styrke pasientens mestringskompetanse via samtale og dialog sammen med sykepleieren. Det er en læringsprosess, og samarbeid er essensielt for å kunne gi god veiledning (Tveiten 2013:21).

En sykepleier bør være mye tilstede i starten, spesielt med tanke på undervisning og veiledning. Å skape en dialog mellom sykepleier og pasient er viktig (Di Gesaro 2012:20). Di Gesaro (2012:19) belyste videre i studie hvordan pasienter med nyoperert stomi ofte følte seg oversett av sykepleier. Mange av pasientene følte de ikke kunne spørre sykepleierne om hjelp ettersom sykepleierne ofte var opptatt og pasientene ønsket ikke å være til bry. Som sykepleier er det viktig å veilede på en måte som gir pasienten en trygghetsfølelse. Pasienten kan føle seg tryggere dersom de har fått god undervisning og veiledning pre- og postoperativt. Den tryggheten pasienten får på sykehuset har mye å si for hvordan pasienten vil føle seg hjemme (ibid). Ved å få pasienten til å føle seg trygg kan sykepleier og pasient få en bedre dialog. «Trygghet medfører at en kan ha tillit til at en vil få et tilbud som er godt tilpasset den situasjonen en befinner seg i» (Johannessen, Molven og Roalkvam 2007:135).

Når en pasient opplever trygghet er det lettere for pasienten å tåle forandringene som har skjedd og våge å takle dem. Det er likevel også viktig for pasienten å kjenne på det å være utrygg, for ved å tåle utryggheten vil pasienten lettere kunne få til en forandring (Tveiten 2010:52).

Dersom sykepleier skal gi pasienten helhetlig omsorg må seksualhelse være inkludert i omsorgsplanen. Det er fem faktorer som kan påvirke seksuell tilnærming hos pasienten. Sykepleieren må ha kunnskap om seksualitet. Sykepleieren må være komfortabel med å snakke om seksualitet. Sykepleierens forutsetninger angående seksualitet må være åpne. Sykepleieren må være sikker på sin egen seksualitet, og sykepleieren må være ansvarlig og gi faglig veiledning om seksualitet (Gamel, Davis og Hengeveld 1993:1219).

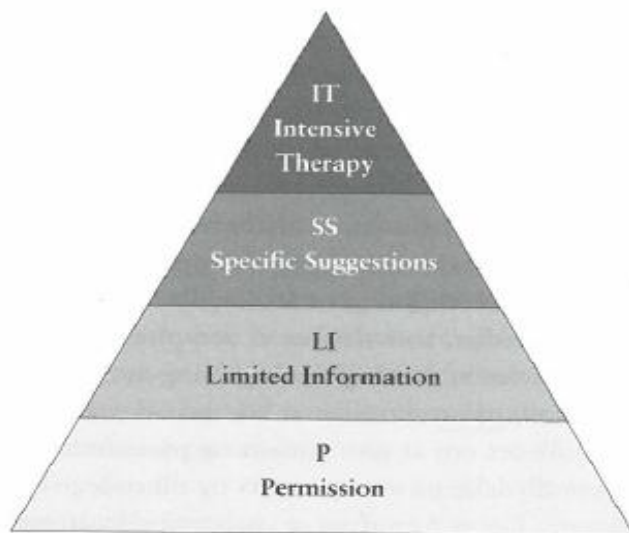
## **2.7 PLISSIT-modellen**

PLISSIT står for Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon), Specific Suggestions (spesifikke forslag) og Intensive Therapy (intensiv terapi) (Gamnes 2005:87). Modellen ble for første gang tatt i bruk i 1976 og tar utgangspunkt i å behandle seksuelle problemer (Gamnes 2005:69). Som sykepleier kan det være nyttig å kjenne til PLISSIT-modellen for å kunne gi veiledning innenfor seksualitet hos pasienter med stomi.

PLISSIT-modellen er en pyramide som består av fire trinn. Det nederste trinnet handler om tillatelse og rom for å snakke om problemer knyttet til seksualitet. Stomi pasienter kan her snakke om problemer relatert til hvordan seksuallivet har endret seg etter stomioperasjonen.

På det andre trinnet finner man ”begrenset informasjon”. Her er det informasjon som står i fokus, og pasienten får informasjon om seksuelle problemer knyttet til stomi, som for eksempel komplikasjoner. På trinn tre kan pasientene få spesifikke forslag om samleiestillinger som ikke er smertefulle (Ayaz og Kubilay 2007:89). Gamnes (2005:87) skriver at alle sykepleiere kan jobbe med pasienter på de tre nederste trinnene.

På toppen av pyramiden er det kun noen få pasienter som befinner seg. Her finner man pasienter som har behov for intensiv terapi og et spesialisert behandlingstilbud. På dette trinnet må det derfor være spesialiserte personer innenfor sexologi og psykoterapi som jobber med pasientene (ibid).



(Berndtsson 2006:22).



### **3.0 Metode**

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder ”(Dalland 2012:111).

Metode handler om hvordan man går til verks i undersøkelsen man skal foreta seg.

Fremgangsmåten skal være planlagt og gjennomførbar (Glasdam 2012:19).

Etter en bred gjennomgang på Cinahl, PubMed og Google scholar fant jeg ut at det var lite forskningsbaserte artikler som handlet om hvordan sykepleieren fremmer stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbylde. En av grunnene til dette kan være at søkeordene mine ikke var optimale for problemstillingen. Søkene ble altfor brede og jeg hadde problemer med å finne gode artikler som kunne svare på oppgaven. Etter en grundig overveielse tok jeg en beslutning om å bruke kvalitativt intervju som metode, da jeg følte intervju med stomisykepleiere ville gi meg gode svar og data til å løse problemstillingen på en god måte.

#### **3.1 Kvalitativt intervju**

Jeg har valgt å bruke kvalitativt intervju som metode i denne oppgaven. Denne metoden gir et konkret innblikk av sykepleierens opplevelser fra deres ståsted, altså deres primære opplevelse av omgivelsene (Tanggaard og Brinkmann 2012:19).

Ved bruk av kvalitativt intervju er målet å få inn kvalitativ kunnskap om hvordan informanten opplever verden der svarene er formulert gjennom et vanlig språk. Det er viktig å stille utfyllende spørsmål, da hovedpoenget er at intervjueren skal få en mangfoldig følelse av hvordan informanten opplever omstendighetene (Dalland 2013:156). Dersom intervjueren skal få en dekkende beskrivelse av dette, er det viktig å stille gode og åpne spørsmål etterfulgt av oppfølgingsspørsmål (Postholm 2005:70). I et intervju har intervjueren selv valgt spørsmålene som skal stilles. Videre er det intervjueren som noterer, forstår og tolker svarene (Dalland 2013:151). Dersom intervjueren tolker svarene fra intervjuet på en måte som gjør at intervjueren belyser sin forståelse av opplevelsen ut i fra informanten sine svar, har det blitt tatt i bruk fenomenologi (Dalland 2013:57).

Fenomenologi ønsker å belyse, i stedet for å bevise, menneskets fysiologiske og umiddelbare eksistens i verden (Merleau-Ponty gjengitt av Winther 2012:196). Fenomenologiske studier

legger fokus på en naturlig situasjon der intervjueren skal fange opp informantens opplevelse av erfaringer (Moustakas gjengitt av Postholm 2005:43). Når informanten blir intervjuet får intervjueren et innblikk av informantens opplevelser (Tanggaard og Brinkmann 2012:19). Når fenomenologi blir brukt i et kvalitativt intervju må intervjueren ha en bra tilnærming til informanten. God og sann kunnskap fra informanten skapes dersom intervjueren er ”tro” mot informantens perspektiv. I oppgaven blir det brukt fenomenologi fordi intervjueren gjorde seg ”tro” til det informantene fortalte. I denne oppgaven får intervjueren kunnskap om stomisykepleierens egne erfaringer og opplevelse av hvordan det er å være sykepleier for unge kvinner med stomi og hvordan det seksuelle selvilde blir påvirket hos dem.

## **3.2 Intervju**

### **3.2.1 Valg av informanter**

Den kvalitative intervjuguiden var semistrukturert. Ved et semistrukturert intervju blir rekkefølgen på intervjuet bestemt av samtalens gang (Dalland 2000:137).

Da jeg skulle velge informanter falt valget raskt på stomisykepleiere. Stomisykepleiere har mye erfaring innenfor stomipleie. Disse informantene kunne gi meg god kunnskap og innsyn av deres egne og pasientenes opplevelser av det å få stomi som ung kvinne og hvordan dette påvirket seksualitet og samliv. Den valgte problemstillingen var også ganske konkret så jeg var avhengig av sykepleiere som hadde god erfaring. Fra før av hadde jeg lite kjennskap til sykepleierne som ble kontaktet, annet enn at de var stomisykepleiere. For å få kontakt med sykepleierne lastet jeg ned kontaktopplysningene til alle stomisykepleierne i Norge. Disse kontaktopplysningene ble hentet ut fra Norges Sykepleie Forbunds hjemmeside (NSF 2014). Det var mange stomisykepleiere, men jeg utelukket alle sykepleiere som ikke holdt til i nærheten. Sykepleiere som ble valgt ut kom derfor fra de tre sykehusene som var nærmest meg. Det ble da et utvalg på seks stomisykepleiere. Til disse sendte jeg en bearbeidet mail (vedlegg 1). I mailen beskrev jeg tema og problemstilling. Videre ble det påpekt at intervjuet var til hjelp for min bacheloroppgave, det var frivillig, det var anonymt og det skulle ikke gå utover informantenes arbeidstid. Intervjuet kunne finne sted på arbeidsplassen eller et annet sted som passet for dem. De bestemte selv dato og tidspunkt, men det måtte skje i løpet av februar. Det stod også oppført mine kontaktopplysninger.

Informantmailen ble godkjent av veileder og veileder ga meg også kontaktopplysningene sine (vedlegg 2) som jeg kunne legge ved i mailen jeg sendte. Det var tre sykepleiere som responderte på mailen, to av disse sykepleierne var fra samme sykehus og de hadde innad bestemt seg for at jeg kun trengte å intervju en av sykepleierne fra det sykehuset. Den tredje sykepleieren var fra et annet sykehus enn de to første. De sykepleierne som responderte hadde lang og god erfaring med unge kvinner med stomi og deres bekymringer innenfor det seksuelle selvbylde. Valget var derfor strategisk ettersom jeg bestemte meg for å intervju de to stomisykepleierne jeg mente kunne svare på spørsmålene mine (Dalland 2013:163). I følge Glasdam (2012:101) er dette et lite utvalg, men akseptabelt på grunn av kort tidsramme.

Jeg ønsket å ha informanter som ikke jobbet samme sted ettersom rutiner på samme arbeidsplass ofte er like og jeg ville se om sykepleierne hadde forskjellige metoder å jobbe på.

### **3.2.2 Intervjuguiden**

Intervjuguiden (vedlegg 3) bestod av 13 spørsmål. Spørsmålene var komponert innenfor tre temaer:

- seksualitet og selvbylde
- samtale
- sykepleie til kvinnene

Spørsmålene under ”seksualitet og selvbylde” ga meg ikke forskningsbasert kunnskap eller informasjon, ettersom spørsmålene var knyttet opp til informantenes subjektive opplevelser og erfaringer. Kunnskapen jeg fikk fra disse spørsmålene kunne derfor ikke generaliseres.

Når man skal lage en intervjuguide er det viktig å vite hva man skal finne ut av, før man bestemmer seg for hvordan man skal finne det ut (Tanggaard og Brinkmann 2012:26).

Utgangspunktet for intervjuguiden var problemstillingen i oppgaven.

Før jeg hadde intervju tok jeg et prøveintervju på en medstudent for å sjekke ut intervjuguidens relevans. Da fikk jeg også innsikt i hvor lang tid intervjuet ville ta, omtrentlig 30 minutter. Da intervjuguiden var ferdig fikk jeg muntlig og skriftlig samtykke av veileder til å gjennomføre intervjuene.

### **3.2.3 Gjennomføring av intervjuene**

Som intervjuer kan man ha stor innvirkning på informanten og det er derfor viktig å stille åpne spørsmål (Postholm 2005:67). Det første intervjuet fant sted på sykehus 1, mens det andre intervjuet var ved et annet sykehus, sykehus 2. Før intervjuene ble satt i gang ble stomisykepleierne informert om følgende:

1. Du har rett til å avbryte intervjuet om du skulle ønske det.
2. Du har rett til å svare på de spørsmålene du ønsker, og la være å svare på spørsmål.
3. Du har rett til å tilføye eller fjerne noen deler av intervjuet i ettertid.
4. Du blir anonymisert og ingen personopplysninger om deg vil bli registrert.
5. Aktøren har taushetsplikt.

Informantene fikk så høre tema og problemstilling, i tillegg ga jeg dem kontaktopplysningene mine i tilfelle de ønsket å ta kontakt med meg senere, spesielt med tanke på punkt 3, du har rett til å tilføye eller fjerne noen deler av intervjuet i ettertid. Jeg spurte så om det var greit at jeg skrev på en bærbar datamaskin da det gikk raskere for meg å skrive på datamaskin enn for hånd, og jeg ønsket å få med meg så mange detaljer som mulig. Dette var i orden for begge sykepleierne.

Begge intervjuene foregikk nesten uten avbrytelser. På sykehus 1 ringte vakttelefonen, men informant valgte å ikke ta telefonen. På sykehus 2 kom det en kollega og ville snakke med stomisykepleieren, men sykepleieren informerte kollegaen om at det ikke passet.

Begge intervjuene hadde en fin flyt. Sykepleierne snakket mye og det var mange av svarene som svarte på flere av spørsmålene som ikke var blitt stilt. Spørsmålene var aktuelle å svare på, noe som oppmuntret sykepleierne til å svare deskriptivt.

### **3.2.4 Bearbeidelse av intervjunotater**

Ettersom sykepleierne ofte besvarte flere av spørsmålene under et svar, ble ikke alle svarene notert under spørsmålene de hørte til. De direkte sitatene fra sykepleierne var leservennlige og informative, men i de notatene der det ble brukt forkortelser ble det tatt i bruk fortolkning. Da begge intervjuene var gjennomført ble notatene renskrevet. Deretter laget jeg et skjema hvor svarene ble sortert til spørsmålene som de hørte til. Videre ble det laget to kolonner, i disse kolonnene ble det sortert inn "likheter" og "forskjeller" fra hva de to sykepleierne hadde svart

på hvert enkelt spørsmål. Da intervjunotatene var ferdig sortert og organisert kunne jeg hente ut informasjonen fra intervjuene og se hvilke funn som var relevante for problemstillingen. De funnene som utmerket seg under intervjuet handlet om hva sykepleierne synes var viktig i henhold til seksualitet og selvbilde til unge kvinner med stomi. Disse funnene ble delt inn i seks ulike temaer og er presentert nedenfor.

### **3.3 Relabilitet og validitet**

Intervjunotatene som ble gjort hadde et muntlig preg. Det var mye som ble skrevet rett av, men det ble også tatt i bruk forkortelser. Når man forsker kvalitativt må intervjueren forstå det perspektivet informanten formidler (Postholm 2005:17). Validitet handler om gyldigheten og relevansen av det som blir målt i forhold til problemstillingen som blir undersøkt (Dalland 2013:52). Reliabilitet refererer til resultatenes pålitelighet, svarene skal kunne reproduseres og gjentas og feilmarginer må angis (Vettenranta 2005:169). Ofte blir ordet reliabilitet erstattet med «pålitelighet». Pålitelighet brukes fordi begrepet forteller om intervjuet er stabilt og konsekvent gjennomført. I analysefasen vil spørsmålet om reliabilitet gjøre seg gjeldende fordi dette beskriver hvor godt analysen forsvare fortolkningene (Vettenrante 2005:169).

Det var et spørsmål som ble tolket feil av sykepleierne. Dette oppdaget jeg under intervjuene ettersom dette spørsmålet ble misforstått av begge informanter. Spørsmålet handlet om hvordan sykepleierne underviste og veiledet om seksualitet hos unge kvinner med stomi. Jeg ønsket å vite hvordan de underviste og veiledet de unge kvinnene, men informantene tolket spørsmålet som hvordan de veiledet og underviste andre sykepleiere om unge kvinner, seksualitet og stomi. Denne misforståelsen ble ikke rettet opp da jeg følte jeg fikk et godt innblikk i hvordan sykepleierne snakket med hverandre om dette temaet.

Under intervjuene ble direkte sitat notert opptil flere ganger. Noen av sitatene ble brukt direkte inn i oppgaven, mens andre ble omformulert og skrevet med egne ord. Da jeg leste gjennom notatene var det lite skrivefeil og selv fikk jeg inntrykk av at notatene var notert riktig.

### **3.4 Ethiske overveielser**

Jeg hadde selv gjort egne subjektive meninger om temaet jeg intervjuet i. For ikke å la min mening ha en innvirkning på svarene til sykepleierne prøvde jeg å være så nøytral som mulig hele veien, for ikke å forsterke eventuelle påstander sykepleierne kom med. Sykepleierne ble

anonymisert og alle personopplysninger og informasjon som kunne vise til sykepleierne jeg intervjuet, ble slettet og makulert umiddelbart etter intervjuet. Båndopptaker ble ikke benyttet, og jeg skrev på datamaskin fordi det gikk raskere for meg. I forkant av intervjuet fikk jeg samtykke fra veileder på skolen og fra sykepleierne jeg skulle intervjuet.

## 4.0 Presentasjon av funn

Her har jeg presentert de viktigste funnene som ble gjort da under intervjuene med de to stomisykepleiere. Ettersom sykepleierne skulle være anonyme blir de kalt for ”sykepleier 1” og ”sykepleier 2” i oppgaven. Funnene blir presentert i seks forskjellige temaer nedenfor; seksualitet, selvbylde, samtale, undervisning og veiledning, sykepleie til kvinnene og informasjon.

### 4.1 Seksualitet

*«Det seksuelle må funke, en pasient kan ikke leve i sølibat selv om hun har fått stomi, men seksualitet er så mye mer enn bare samleie» (sitat sykepleier 2).*

Dette sitatet fra sykepleier 2 belyser hvor viktig det er for pasienter uten partner å fortelle at hun har stomi før hun eventuelt havner i en intim situasjon med en partner. Det er pasienten sitt ansvar å informere en ny partner om sin stomi i forkant, slik at partneren kan være forberedt på hva som skjuler seg under klærne, men det er sykepleieren som må fortelle pasientene at dette er viktig. Sykepleier 1 fortalte at dersom pasienten ikke fortalte partneren om stomien kunne det komme som et sjokk for partneren, og partneren kunne trekke seg unna. Dette kan igjen ha en negativ innvirkning på pasienten da hun kunne føle seg avvist. Videre ble det fortalt at det er ekstremt viktig å ha en åpen dialog med kjæreste eller livspartner for å få samlivet til å fungere. Sykepleierne ønsket alltid å ha en samtale med pasienten der partneren også var tilsted. Da kunne partneren få mulighet til å få utløp for sine tanker og følelser, angående seksualitet, ettersom dette kunne være vanskelig å få til i hverdagen da det ofte kun var fokus på den syke pasienten.

*«Ofte kan samleiestillinger som presser bakover mot anus være smertefulle for kvinnene, det kan derfor være lurt og kanskje holde seg til misjonærstilling i starten og eventuelt prøve andre stillinger etter hvert» (sitat sykepleier 1).*

Kvinnene må kunne fortelle partnerne sine om hva de føler, hva som er tilfredsstillende, hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Partneren må også gjøre det samme. Pasient og partner må kunne snakke åpent sammen om samleiestillinger som er behagelige og ubehagelige. Dette er essensielt dersom det seksuelle samlivet skal funke (Sykepleier 1).

Sykepleier 2 fortalte at «*mange av kvinnene lager seg en negativ fantasi om at spontaniteten blir borte etter en stomioperasjon*». Videre sa sykepleier 2 at pasientene i etterkant ble overrasket over at denne spontaniteten ikke forsvant. Pasientene ble nemlig ofte meget fantasirike og klarte å ha et relativt normalt samliv når ting har gått seg mer til. For å kunne opprettholde spontanitet og ha et bra seksuelt samliv er pasienten og partneren avhengig av å ha en åpen og god dialog seg imellom.

#### **4.1.1 utfordringer og bekymringer**

Begge sykepleierne svarte at kvinnene bekymret seg for hvordan kroppen ville se ut da de fikk pose på magen, om den ville se annerledes ut. De var redde for om partner eller fremtidig partner skulle synes de var ekle. Mange av pasientene hadde lest seg godt opp om sykdommen sin i forkant av operasjon og de uttrykket ofte bekymringer angående utfordringene ved samleie. Hos pasientene som fikk stomi grunnet kreft var det mye engstelse knyttet til samleie. Disse kvinnene lurte ofte på om det var mulig for dem å oppnå orgasme ettersom en god del nerver hadde blitt fjernet i underlivet. Sykepleier 1 belyste at mange av pasientene hadde store bekymringer knyttet til lukt og lyd ved samleie og lekkasje når partneren støter inn i skjeden ved samleie.

En bekymring pasientene ofte hadde for fremtiden var om de var i stand til å få barn, i følge sykepleier 2. Begge sykepleierne belyste hvilken utfordring det var for pasientene å ikke lenger ha kontroll på avføring, gass, lyd og lekkasje.

#### **4.2 Selvbilde**

*«Hvor trygg og glad pasienten er i seg selv i forkant av operasjon påvirker selvbildet etter operasjon. Det er grunnholdningen som er viktig. Det går ofte dårlig for de som ikke har et godt selvbilde i bunn» (sitat sykepleier 1).*

Begge informantene mente samfunnsidealet i dag ga et dårligere selvbilde for en stomioperert ung kvinne. Sykepleier 1 fortalte at de unge kvinnene som tok tak i det «indre» selvet og ikke brydde seg om dagens samfunnsideal hadde bedre livskvalitet og selvbilde. Videre ble det sagt at det var alfa omega at pasienten hadde en god og solid selvfølelse i bunn i forkant av stomioperasjonen. Dersom stomien hadde stor innvirkning på selvbilde kunne dette ha negative konsekvenser da pasientene, i alle situasjoner, isolerte seg fra omverdenen fordi de ikke ønsket å la folk slippe inn på seg fordi de ikke følte seg verdige nok. Sykepleier 2 fortalte at hvordan selvbilde ble rammet etter en stomioperasjon, ofte var aldersbetinget:



*«17-18 åringer som er usikre på seg selv og ikke har partner får ofte et dårligere selvbilde etter operasjon enn kvinner i 30- årene med partner og barn».*

Selv om sykepleierne belyste at en stomioperasjon kunne ha stor innvirkning på selvbildet og selvfølelsen for unge kvinner kom det likevel frem i begge intervjuene at mange av kvinnene ofte var stolte over kroppen sin selv om de hadde fått stomi, fordi kroppen hadde tålt og overlevd så mye sykdom.

### **4.3 Samtale**

*«Når jeg skal ha en samtale med pasientene angående samliv og seksualitet etter stomioperasjonen så legger jeg til rette for det, og så bare tar jeg opp det aktuelle problemet» (sitat sykepleier 2).*

Begge sykepleierne fortalte at det var veldig forskjellig om de unge kvinnene klarte å ta opp temaer knyttet til seksualitet på egen initiativ. Dersom sykepleieren var naturlig og stilte spørsmål på en riktig og trygg måte kom pasientene ofte med oppfølgingsspørsmål og samtalen fikk en naturlig og fin flyt.

Videre fortalte sykepleier 2 at unge kvinner ofte hadde med seg foreldrene sine til samtaler på poliklinikken og seksualitet ble da sjeldent et samtaleemne. Likevel belyste sykepleieren at de unge ofte var mer «rak på sak» og oftere turte å stille konkrete spørsmål angående seksualitet når de var i enerom med sykepleieren.

De unge kvinnene var ofte redde i starten for hvordan de skulle klare å vise seg uten klær foran partneren;

*«Jeg pleier å ha en samtale med pasientene om at det kan hjelpe på selvtilliten å ha på seg en fin nattkjole før de legger seg med partneren sin, nattkjolen skjuler stomiposen og kvinnene kan føle seg vakre og flotte» (sitat sykepleier 1).*

Sykepleier 2 støttet opp dette med å si: «Vi pleier å informere kvinnene om at det er lurt å tømme stomiposen før samleie, en pose på magen med avføring kan virke litt uattraktivt».

### **4.4 Undervisning og veiledning**

*«Pasienten husker som regel svært lite av det jeg har sagt om seksualitet før operasjonen så det er viktig å gjenta informasjonen jeg har gitt etter operasjonen, gjerne flere ganger» (sitat sykepleier 1).*

Sykepleieren forteller videre hvordan de gir pasientene mye praktisk informasjon knyttet til seksualitet og samliv i forkant av operasjonen. Dersom pasienten har med partner på informasjonssamtalene i forkant av operasjon husker som regel partneren alt, men pasienten husker lite. Det er mye informasjon i forkant og dette kan være overveldende for pasienten. Etter operasjon er det også lettere å undervise og veilede om seksualitet og samliv med pasienten fordi pasienten da synes det er lettere å stille spørsmål. Da har pasienten fått sortert tankene sine og hun kjenner mer på hvordan kroppen fungerer og har forandret seg og har derfor mer konkrete spørsmål knyttet til seksualitet.

Ingen av sykepleierne underviste og veiledet mye om temaer som omhandlet seksualitet til andre sykepleiere. Når det kom til veiledning og undervisning hos stomiopererte var det ingen mal på dette, det kom mer naturlig for sykepleierne. Sykepleier 1 fortalte om hvor viktig det var å informere kvinnene om at de ikke kunne ha samleie på 6-8 uker ettersom såret inn i kroppen måtte heles på lik måte som såret på magen.

Sykepleierne formidlet at det var mange negative sider med stomi, men de synes også det var viktig del av veiledningen å trekke frem de gode sidene ved å få stomi:

*«Mange har vært kronisk syke i flere år, det er ikke noe morsomt å måtte vite hvor alle toalettene i byen er fordi man aldri vet hvordan magen oppfører seg. Ja, noen må til og med bruke bleie i ungdomsalder! En pose på magen vil da være en befrielse. Selv om de ikke har kontroll på avføringen har de i hvert fall i stor grad mer kontroll enn tidligere!» (sitat sykepleier 2).*

Selv om det å få stomi sjeldent er et ønske, belyste sykepleier 1 at mange pasienter ofte fikk en bedre livskvalitet etter operasjonen:

*«Det er jo ikke ideelt for noen å få stomi, men jeg får ofte på følelsen at dersom man får stomi så er livet slutt. Det er jo helt feil! Det er fordi leger og sykepleiere legger det frem på den måten. Mange av pasientene kunne faktisk ønske de fikk stomi tidligere. Det er jo bedre å være frisk med en pose på magen enn å være syk hele tiden, men ikke ha pose på magen» (sitat sykepleier 1).*

Når sykepleierne underviser og veileder om stomi må de trekke frem de gode sidene ved å få stomi. Da kan pasienten se lysere på fremtiden. Det var også viktig for sykepleierne og ha en naturlig tilnærming til det å veilede og undervise pasientene.

#### 4.4.1 Sykepleierens forutsetninger

*«seksualitet og stomi er fortsatt et tabu belagt tema, dessverre, og jeg ser ofte at nyutdannede sykepleiere kan synes det er `kleint` å ta opp temaer som omhandler seksualitet, da synes jeg det er bedre om disse sykepleierne bare dropper det, så kan heller en sykepleier som ikke synes det er `kleint` ta den jobben» (sitat sykepleier 1).*

Dersom sykepleierne skulle ta opp seksuelle utfordringer for en ung kvinne med nyoperert stomi var det viktig å være sikker på sin egen seksualitet for at pasienten kunne føle seg trygg i møte med sykepleieren.

#### 4.5 Sykepleie til kvinnene

Sykepleier 2 fortalte følgende: *«samliv og seksualitet er ikke et tema som de på avdelingen er så glad i å ta opp, derfor blir det ofte oversett»*. Sykepleier 1 hadde lignende erfaring og belyste: *«vi har jo en fast stomidag i uken, men da går det mer på det generelle, stell av stomiposen og sånn, seksualitet er sjeldent et tema»*. En annen grunn til at sykepleierne sjeldent snakket om seksualitet blant kollegaene sine var, ifølge sykepleier 1, fordi stomistell ofte var «step one», dersom sykepleieren var sikker på stell når de gikk inn til pasienten bidro det med å normalisere pasientens stomi under oppholdet på sykehuset. Dette kunne ha en positiv effekt på pasientens selvbilde videre i forløpet da pasienten kunne tenke: *«hmm, jeg er ikke så ekkel likevel, for nå har det vært 20 sykepleiere hos meg og ingen har synes jeg har vært ekkelt»* (sitat sykepleier 1).

Både sykepleier 1 og 2 fortalte hvor viktig det var å gjøre seg en god kartlegging av kvinnene i forkant. Det var viktig å finne ut om pasienten hadde mange rundt seg, om de hadde kjæreste, var gift, om de var alene og om de hadde mange venner.

Sykepleier 1 fortalte hvor viktig det er med en god dialog hos de stomiopererte kvinnene. *«Det viktigste er ikke det du lærer på sykepleierutdannelsen, men det å være tilgjengelig for dem og kunne informere ved behov, bare være der som menneske.»*

Dersom pasientene og sykepleierne klarte å skape en god dialog kunne sykepleierne bidra med å bedre livskvaliteten til pasientene: *«Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å få en fin livskvalitet og et verdig liv, man er den samme selv om man har fått pose på magen!»* (sitat sykepleier 2).

## 4.6 Informasjon

*«Noen ganger kan jeg synes det er vanskelig å informere unge kvinner på 20 år om at det kan være lurt å fryse ned eggene sine før operasjon dersom de ønsker å få barn senere i livet» (sitat sykepleier 2).*

Sykepleier 2 gjorde videre rede for at sykepleierne ofte kom nært innpå pasientene sine og de hadde derfor et ansvar om å informere om mulige komplikasjoner som kunne forekomme i etterkant av operasjon. Videre måtte sykepleieren følge opp pasientene og informere jevnlig ved behov. På den måten kunne det bli lettere for pasienten å huske den informasjonen sykepleierne hadde formidlet.

Sykepleier 1 fortalte om hvor viktig det var å informere om pasientorganisasjoner som NORILCO, norsk forening for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft.

Sykepleieren belyste at via denne organisasjonen kunne pasientene møte andre med tilsvarende sykdomslidelse og dele sine bekymringer, nedturer og oppturer med personer som hadde gjennomgått det samme. Disse pasientorganisasjoner kunne være en god støtte for kvinnene.

Begge sykepleierne fortalte at de ikke har noe standardisert opplegg eller informasjon de brukte knyttet til seksualitet. Sykepleier 2 nevnte likevel PLISSIT modellen som et nyttig verktøy å bruke med tanke på fremgang på det seksuelle plan. Sykepleieren belyste videre at sexolog ofte var inkludert i forløpet hos unge kvinner etter en stomioperasjon.

## 5.0 Drøfting

Drøftingen er basert på hovedtrekkene som ble analysert i intervjuet og teorien som ble presentert tidligere i oppgaven. Det vil også bli drøftet ut i fra mine egne tanker. Temaene som vil bli drøftet er sykepleie i samtale om seksualitet og selvbylde med et underpunkt som handler om hvordan sykepleierne kan benytte PLISSIT-modellen. Så blir kunnskap om fysiske forhold som påvirker kvinners seksualitet etter stomioperasjon drøftet. Videre drøftes sykepleierens rolle som informant og veileder og til slutt blir det drøftet hvordan sykepleier kan bidra med å gi psykisk og fysisk støtte til kvinnene. Drøftingen tar utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier fremme stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbylde?*

### 5.1 Sykepleie i samtale om seksualitet og selvbylde

Junkin og Beitz (2005:123) redegjør for at seksualitet er et tabubelagt tema som stomipasienter kan føle skam om å snakke om. Dette blir også belyst av sykepleier 1 der sykepleieren formidlet hvordan mange sykepleiere ikke snakket om seksualitet med pasientene fordi de synes det var flaut. For en pasient som har hatt en stomioperasjon er det viktig at sykepleier tar opp temaer som seksualitet da dette kan bryte ned de tabubelagte barrierene knyttet til seksualitet.

Dersom sykepleieren skal kunne føre en samtale om seksualitet er det i følge Gamel m.fl. (1993:1219) viktig at sykepleieren er sikker på sin egen seksualitet, har kunnskap om seksualitet og er komfortabel med å snakke om seksualitet. Sykepleier 1 støtter opp dette ved å si at dersom sykepleierne var sikker på sin egen seksualitet ville det bli lettere å ta opp seksuelle utfordringer med pasienten på en naturlig måte.

Dersom sykepleieren er åpen, naturlig og trygg i samtale med pasienten om temaer knyttet til seksualitet vil dette smitte over på pasienten. Pasienten vil da lettere tørre å stille spørsmål. Begge sykepleierne forteller hvordan seksualitet også er et tabubelagt tema blant kollegaer og derfor er et veldig sjeldent samtaleemne. Dersom sykepleierne selv mener det er et tabubelagt tema vil ikke sykepleierne kunne bidra til å fremme stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbylde.

Sykepleieren har ofte samtaler med pasient og en eventuell partner både preoperativt og postoperativt. Dersom partneren blir med i samtalen fra starten av kan det være lettere for partner og pasient og ta opp problemer med en sykepleier i rommet. Med sykepleieren til stede er det større rom for å snakke om tabubelagte temaer, spesielt hvis sykepleieren er sikker på seg selv (sykepleier 1 og 2).

I studiet gjort av Junkin og Beitz (2005:124) blir det redegjort for at ungdom med nyoperert stomi kan få et redusert selvbilde og de har mer intense bekymringer enn eldre pasienter med stomi. Bekymringen for at posen på magen skal synes under klærne er den største utfordringen i hverdagen og de føler seg ofte lite attraktive med en ukontrollert mage (Allison m.fl. 2013:1572). Unge kvinner uten partner får også et redusert selvbilde når de tenker på relasjoner de ønsker å skape i fremtiden. Det er da spesielt seksualitet, samliv og graviditet som svekker selvbilde til pasientene (ibid). Sykepleier 2 belyste at kvinnene på 17-18 år uten partner oftere hadde dårligere selvbilde og var mer usikre enn kvinnene på rundt 30 år med partner.

Orem uttrykker at normal funksjon i organer er viktig for et helhetlig menneske (Kristoffersen 2001). I dagens samfunn blir ungdom idealisert til å ha en sunn og feilfri kropp, og mange av kvinnene følte at de ikke nådde opp til dette målet med en pose på magen (Berndtsson 2006:220). Kvinnene med partner bekymret seg mest for at partneren skulle finne dem mindre attraktive etter stomioperasjonen. Berndtsson (2006:220) påpekte at mange av kvinnene følte et sterkt ubehag ved å vise seg uten klær i intime situasjoner. Begge sykepleierne fortalte at de ofte kom med spesifikke forslag til hvordan kvinnene kan føle mindre ubehag ved samleie. Videre ble det fortalt hvordan kvinnene ofte ble anbefalt å tømme stomiposen før samleie og å ta på seg en fin nattkjole dersom de ønsket å skjule stomiposen og føle seg mer attraktive. Når sykepleierne snakket med de unge kvinnene kunne det være vanskelig å ta opp temaer som omhandlet seksualitet, spesielt fordi mange av de unge hadde med seg foreldrene sine på samtaler. Jeg tenker det er viktig at sykepleieren legger opp til at de unge kvinnene kan få en samtale med sykepleieren uten foreldrene. Da det i følge sykepleier 2 viste seg at unge kvinner ofte var mer initiativrike til å stille spørsmål angående seksualitet enn andre pasientgrupper med stomi, men bare når de er alene med sykepleierne.

Sykepleierne belyste hvordan noen pasienter faktisk følte seg bedre etter en stomioperasjon. På grunnlag av dette tenker jeg det er utrolig viktig at sykepleieren har en samtale preoperativt om at livskvaliteten kan forbedres. Det er viktig for pasientene å få høre sykepleierens positive erfaringer. Dette kan få pasientene til å se lysere på fremtiden. Sykepleier 2 hevdet at mange av pasientene med partner var redde for at spontaniteten i forholdet kom til å forsvinne. Det viste seg derimot at kvinnene ble svært fantasirike (sykepleier 2). For de kvinnene som føler de mister spontaniteten tenker jeg sykepleierne kan utfordre kvinnene ved å gi dem oppgaver knyttet til seksualitet og samliv som de kan ta med seg hjem til partner.

### **5.1.2 Hvordan kan sykepleierne benytte PLISSIT-modellen?**

I teoridelen blir det beskrevet av Ayaz og Kubilay (2007:89) hvordan PLISSIT-modellen kan bidra til at pasienter som har gjennomgått en stomioperasjon kan hjelpe seg selv på de tre første nivåene, tillatelse, begrenset informasjon og spesifikke forslag, via samtale med sykepleieren. Alle sykepleierne kan jobbe med pasienter på disse tre trinnene (Gamnes 2005:87).

I praksis blir PLISSIT-modellen sjeldent eller aldri tatt i bruk av sykepleier 1 og 2 på sykehusene. Likevel blir modellen nevnt av sykepleier 2 som et mulig verktøy som kan hjelpe sykepleierne i samtale med pasientene om seksualitet. Modellen blir som oftest benyttet kun på det øverste trinnet, intensiv terapi, og det vil da være en sexolog som snakker med pasientene. Jeg tenker modellen kan være et nyttig og viktig verktøy tidlig i forløpet for sykepleiere når de skal ha en samtale som omhandler seksualitet da modellen kan hjelpe til med å bryte ned barrierene rundt seksualitet som et tabubelagt tema. Modellen må likevel tilpasses hver enkelt pasient ettersom pasientene er forskjellige fra individ til individ og har forskjellige behov. Ved hjelp av modellens tredje trinn, spesifikke forslag, kan sykepleieren komme med forslag til andre seksuelle tilnærminger pasienten kunne ha til partneren sin.

Siden kvinnene opplever fysiske problemer knyttet til seksualitet etter stomioperasjonen kan PLISSIT-modellen være en god veiledningsmodell å bruke på pasientene, spesielt de to trinnene i midten som handler om «begrenset informasjon» og «spesifikke forslag» til hvordan sykepleierne kan bedre pasientenes seksuelle problemer (Ayaz og Kubilay 2007:89).

## **5.2 Kunnskap om fysiske forhold som påvirker kvinners seksualitet etter stomioperasjon**

I studiet gjort av Sprunk (1999:86) vises det til at smerter under samleie etter en stomioperasjon er den vanligste dysfunksjonen for kvinnelige pasienter. Grunnene til smerter kan være mange. Berndtsson (2006:217) har blant annet skrevet at obstipasjon hos unge kvinner er en vanlig komplikasjon som følger etter behandling. Videre i studiet til Berndtsson blir det skrevet at smertefull samleie også kan skyldes økt friksjon under samleie på grunn av mangelfull lubrikasjon (smørevæske) i skjeden. Det vil for mange stomiopererte også bli vanskeligere å få orgasme fordi en god del nerver blir fjernet i underlivet etter en operasjon (sykepleier 1).

Burch (2013:55) gjør rede for at det er mange kvinner som opplever nedsatt fertilitet og graviditetsvansker etter en operasjon. Sykepleier 2 støtter dette opp med at mange av pasientene ofte bekymret seg for om de var i stand til å få barn, noe som var belastende for dem.

Selv om sykepleierne sa de ikke tok i bruk PLISSIT-modellen informerte de likevel pasientene om hvilke samleiestillinger som var smertefulle. Overfor pasienter som fryktet operasjonen kunne føre til infertilitet fortalte Sykepleier 2 om muligheten til å fryse ned eggene sine.

Sykepleierne var relativt flinke til å informere pasientene til hva de kunne gjøre dersom de opplevde smertefull samleie. Sykepleierne kunne likevel informert bedre om bruk av glidemiddel for å unngå økt friksjon, under samleie ettersom sykepleieren har i oppgave å hjelpe pasienten til å oppnå best mulig resultater helsemessig (Orem gjengitt av Coleman 1980:317).

## **5.3 Sykepleierens rolle som informant og veileder**

Sykepleier 1 fortalte at det viktigste for pasienten i første omgang var å lære seg og stelle stomien da dette ville gi en mestringsfølelse. Dette blir støttet opp av Di Gesaro (2012:20) som mente pasienten ville få større kontroll over hverdagen sin dersom hun mestret stomistell. Dette ville igjen påvirke pasientens rehabilitering i en positiv retning (ibid). Dersom pasienten fikk en opplevelse av at sykepleieren var sikker på veiledning av stomistell ovenfor pasienten ville det bidra til å normalisere pasienten under sykehusoppholdet. Da ville ikke pasienten



føle seg så ekkel som det hun kanskje ville ha gjort dersom sykepleierne var usikre på stomistell (sykepleier 1). Å fremme normalitet er under Orems universelle egenomsorgsbehov (Coleman 1980:316). Dette egenomsorgsbehovet bidrar til å fremme menneskets utvikling og funksjon. Det er derfor viktig at sykepleieren er komfortabel i møte med pasient når pasienten skal få opplæring i stomistell. Dersom sykepleieren ikke er sikker på utøvelsen av stomistell vil pasienten merke dette og forholdet mellom pasient og sykepleier kan bli svekket. Videre kan dette føre til at sykepleieren ikke klarer å fremme normalitet hos pasienten.

Sykepleier 1 fortalte om hvordan pasientene ofte glemte den informasjonen sykepleierne hadde gitt til pasientene preoperativt, og at det derfor var viktig å veilede og gjenta informasjon jevnlig under sykehusoppholdet. Dersom pasientene ikke får den informasjonen de trenger etter en stomioperasjon kan det føre til at pasientene ikke klarer å gjenoppta seksuallivet (Gamnes 2005:59).

Hvis pasientene skal få god informasjon må sykepleieren være en god veileder. Det er spesielt viktig å være en god veileder i situasjoner der livsstilen blir endret, som etter en stomioperasjon. Dersom sykepleieren skal være en god veileder må det skapes en god dialog med pasient. Di Gesaro (2012:19) belyser at pasienter som er nyoperert med stomi ofte følte seg oversett av sykepleierne under sykehusoppholdet. Sykepleierne var ofte opptatt og dette førte til at pasientene ikke ville spørre om hjelp da de følte de var til bry. Sykepleier 1 fortalte riktignok at det viktigste sykepleierne kunne gjøre for de unge kvinnene var å være tilgjengelig hele tiden og informere om seksualitet ved behov. Dersom pasient og sykepleier skulle kunne skape en god dialog der pasienten føler seg trygg måtte sykepleieren være til stede og ikke overse pasientene. Tryggheten ville i neste omgang skape tillit, og pasienten ville lettere kunne tilpasse seg situasjonen hun befant seg i (Johannessen, Molven og Roalkvam 2007:135). Trygghet er viktig dersom sykepleieren skal kunne informere kvinnene om seksualitet etter operasjon. Da må pasient og sykepleier ha bygget opp en solid og god dialog. I studiet av Di Gesaro hvor pasientene følte seg oversett og sykepleier 1 sin påstand om at sykepleierne alltid må være tilgjengelig for pasientene tenker jeg seksualitet ikke blir prioritert på sykehuset slik som andre grunnleggende behov som hygiene, ernæring og eliminasjon. Dette kan være fordi seksualitet er et tabubelagt tema som både pasient og sykepleier kvier seg for å snakke om.

Selv om seksualitet er et tabubelagt tema er det noe sykepleierne skal forholde seg til. I Orem's universielle egenomsorgsbehov må menneske ha sosial kontakt, føle kjærlighet, varme og nærhet for å kunne få tilfredsstilt sine egenomsorgsbehov (Kristoffersen 2011:230)

Orem beskriver fem generelle hjelpemetoder som sykepleieren kan ta i bruk for å møte pasientens terapeutisk egenomsorgskrav, disse består av å veilede, undervise, gi fysisk og psykisk støtte, ha gode omgivelser som fremmer utvikling og å handle for den syke (Kristoffersen 2011:236). Dersom pasienten har problemer knyttet til seksualitet og samleie etter en stomioperasjon er det ikke passende at sykepleier hjelper til å handle for den syke på dette området. Sykepleieren kan heller handle for den syke via samarbeid mellom pasient og sykepleier der sykepleieren har fokus på å undervise og veilede godt, samt gi god psykisk og fysisk støtte.

For unge kvinner med stomi kan det være betryggende å dele erfaringer og følelser ovenfor andre med stomi, det er derfor viktig at sykepleierne informerer om pasientforeninger, og spesielt trekker frem NORILCO (sykepleier 1). Jeg tenker pasientforeninger kan være svært viktig fordi pasientene kan møte personer på sin egen alder som har vært gjennom det samme. Samtidig som pasientforeninger og organisasjoner kan hjelpe ettersom de bidrar til å normalisere pasienten sin lidelse.

For å kunne gi god informasjon og veiledning må sykepleierne være til stede for pasienten og det må være bygget opp et tillitsforhold der pasienten føler seg trygg på sykepleieren. Via Orem's terapeutiske egenomsorgskrav kan sykepleier bidra til å fremme pasientens seksuelle selvbilde.

#### **5.4 Psykisk og fysisk støtte til kvinnene**

Orem mener psykisk og fysisk støtte er viktig for sykepleieren å gi til pasienter som har gjennomgått en stomioperasjon fordi de ofte er i en ny og ukjent situasjon som kan være skremmende (Kristoffersen 2011:327).

Sykepleier 1 beskrev hvordan god selvfølelse i forkant av operasjon var fundamentalt med tanke på hvilken innvirkning stomien ville ha på selvfølelsen etter operasjonen. Dersom pasienten hadde dårlig selvfølelse kunne dette føre til at pasientene isolerte seg fra

omverdenen i etterkant av operasjon. Sykepleieren fortalte videre at det var viktig å ta tak i det «indre» selvet. Ved å ta tak i det «indre» selvet var det større rom for å være annerledes på en unik måte, noe som gjorde at kvinnene kunne være mer harmoniske i den nye, uvante livssituasjonen (Nordhelle m.fl. 2005:167). Som sykepleier er det viktig å kartlegge pasientene godt i forkant av operasjonen. Den kartleggingen sykepleierne gjorde innebærer blant annet om pasienten har partner, familie eller noen som stiller opp for dem (sykepleier 1 og 2).

Sykepleierne forteller ikke noe om hvorfor det er viktig å gjøre en god kartlegging av pasientene. Jeg mener noe av det fundamentale med å gjøre en god kartlegging i forkant av en operasjon er for å kunne se hvem av kvinnene som har dårlig selvfølelse i forkant av operasjon. Da det kan være en sjanse for at disse kan få store problemer med isolasjon og integrering i samfunnet etter operasjonen. Dersom sykepleierne tar tak i disse pasientene og setter i gang tiltak som for eksempel å ta seg ekstra tid til dem, eller sørge for at de får snakket med en psykolog, eller sexolog, kan dette bidra til å bedre livskvaliteten til de unge kvinnene. Som sykepleier er det også viktig å ta tak i de positive tingene som følger etter operasjonen. Selv om mange får et redusert selvbilde etter operasjon, fortalte begge sykepleierne at mange av pasientene var stolte av kroppen sin fordi den hadde overlevd mye sykdom og operasjoner. Dersom pasienten klarer å bære på den stoltheten tenker jeg at pasienten vil være mer selvsikker og unik.

Videre kan det være til hjelp for pasienten å ha små delmål å strekke seg etter hver dag. Mange av kvinnene har lenge vært kronisk syke og blir bedre etter en stomioperasjon. Disse vil i etterkant kunne få et bedre liv i fremtiden med mulighet for studier, arbeid og et velfungerende og bra samliv. Dersom sykepleierne kan støtte pasientene i en ny, ukjent og skremmende situasjon kan de bidra til at pasientene raskere får tak i det «indre» selvet. Dersom pasienten får tak i det «indre» selvet kan dette føre til at pasientene får et bedre selvbilde og et bedre liv.

## 6.0 Konklusjon

I bacheloroppgaven har jeg prøvd å utforske og komme frem til hvordan sykepleiere kan fremme unge kvinner med nyoperert stomi sitt seksuelle selvbylde.

Stomiens påvirkning på det seksuelle blir ofte trukket frem fra artiklene og fra intervjuinformantene. Kvinnene kan få redusert selvbylde etter en stomioperasjon, spesielt i intime situasjoner. Sykepleiere har en viktig rolle som veileder og informant for pasientene når det kommer til det seksuelle aspektet. Dersom pasienten får tilstrekkelig med informasjon kan dette bidra til at pasienten får økt kontroll og mestringsfølelse. Seksualitet er fortsatt et tabubelagt tema, men dersom sykepleier klarer å bryte ned de tabubelagte barrierene knyttet til seksualitet, kan sykepleieren bidra til å fremme pasientenes seksuelle utfordringer. Dette forutsetter at sykepleieren er sikker på sin egen seksualitet slik at sykepleieren kan skape en trygg og god dialog med pasienten. Det er også essensielt å skape en arena der det blir akseptabelt for pasienten å snakke om utfordringene og bekymringene som er knyttet opp mot seksualitet.

Selvbylde og selvfølelse blir nevnt flere steder i oppgaven. Unge kvinner får ofte et redusert selvbylde etter operasjon (Junkin og Beitz 2005:124). Dette kan være fordi idealet for unge kvinner i den vestlige kulturen er å ha en sunn og feilfri kropp. En annen grunn kan være at de har et dårlig selvbylde fra før av. Dersom sykepleierne klarer å gjøre en strukturert og god kartlegging av de unge kvinnene i forkant av operasjon kan sykepleierne få et innblikk av hvilke pasienter som eventuelt trenger ekstra oppfølging for å forbedre selvfølelsen sin. Mange av pasientene kunne også føle seg lite attraktive etter å ha fått en pose på magen, sykepleierne har da som jobb å fremme normalitet slik at pasientene kan få en progressiv utvikling og styrke selvbyldet sitt.

Ved å bruke PLISSIT-modellen som verktøy kan sykepleiere komme med konkrete forslag til hvordan kvinnene kan føle seg bedre i intime situasjoner, som videre kan hjelpe på det seksuelle selvbylde. Pasientene kan kle seg i en fin nattkjole og tømme stomiposen rett før samleie. Sykepleieren kan også komme med idéer om hvilke samleiestillinger som er mest behagelige, men hva som fungerer best må pasienten selv finne ut av selv. Selv om det ble belyst i oppgaven at sykepleierne sjeldent eller aldri tar i bruk PLISSIT-modellen som

verktøy konkluderes det med at modellen blir brukt ubevisst hos sykepleierne. Problemer knyttet til seksualitet er for mange et tabubelagt tema som ikke blir diskutert mellom partnerne. Det konkluderes med at dersom pasienten har partner burde partneren inkluderes i veiledningen. Da kan både partner og pasient uttrykke sine spørsmål og frustrasjoner knyttet til stomiens seksuelle påvirkning i et trygt miljø sammen med sykepleieren.

For pasientene som ikke har partner er bekymringene store til hvordan de skal klare å skape intime relasjoner til en partner, eller hvordan de i det hele tatt skal finne seg en partner. Her er det viktig at sykepleier bidrar med å fremme selvbilde til pasienten. Det viktigste sykepleieren kan gjøre i starten er å fremme mestringsfølelsen. Dersom pasienten får mestringsfølelse kan dette påvirke pasientens rehabilitering positivt. Det konkluderes også med at sykepleieren kan fremme unge kvinners selvbilde med å være tilgjengelig som menneske og gi fysisk og psykisk støtte. Sykepleieren må også informere pasienten om de positive erfaringene sykepleieren har, slik at pasienten får håp til fremtiden. Det er også viktig at pasienten er åpen om at hun har stomi for en fremtidig partner før de blir intime. Å veilede pasienter om seksualitet på sykehus kan være utfordrende for sykepleierne, grunnet tidsmangel og fordi andre grunnleggende behov må dekkes.

Seksualitet og selvbilde er forskjellig fra individ til individ, men det viktigste en sykepleier kan gjøre for å fremme unge kvinners seksuelle selvbilde etter en stomioperasjon er å kartlegge pasientene godt fra starten av og bruke fagkunnskapen sin i samtale med pasienten. Det er også viktig at sykepleier skaper en god dialog med pasienten slik at det blir rom for å snakke om utfordringer knyttet til seksualitet. Sykepleieren må være tilstede for pasienten og hjelpe henne med å få mestringsfølelse etter operasjonen. Mye av behandlingen handler også om at sykepleier er til stede som menneske for å gi psykisk og fysisk støtte. Ved å følge disse prinsippene bidrar sykepleierne med å fremme stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbilde.

## 7.0 Litteraturliste

Allison, M., James, L., Gould, D. og Daniel, K. (2013). *Surgery in young adults with Inflammatory Bowel Disease: A narrative account*. International Journal of Nursing Studies (50). s. 1566-1575.

Ayaz, S og Kubilay, G.(2007). *Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma*. I: Journal of Clinical Nursing, 18, s. 89-98.

Berndtsson, I. (2006). Tarmsykdom og seksualitet. I: Graugaard, C., Møhl, B. og Hertoft, P (red.). *Krop, sygdom og seksualitet*. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder – Empiri og teoriutvikling*. 1. udgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Burch, J. (2013). *Care of patients with a stoma*. I: Nursing Standard. vol.27, no.32 s. 49-56.

Burch, J. (2014). *Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient*. I: British Journal of Nursing, vol. 23, no. 17. s 6-11.

Caley, M.J., Dirksen, M., Engalla, M. og Henrich, L.M. (1980). The Orem Self-Care Nursing Model. I: Riehl, P.J. og Roy, C (red.). *Conceptual models for nursing practice*. 2. udgave. London: Prentice-Hall.

Coleman, J.L. (1980). Orem`s Self-Care Concept of Nursing. I: Riehl, P.J. og Roy, C(red.). *Conceptual models for nursing practice*. 2. udgave. London: Prentice-Hall.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. udgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Di Gesaro, Antonella. (2012). *Self-care and patient empowerment in stoma management*. I: gastrointestinal nursing, vol.10, no 2. s. 19-23.

Ekeland, T-J., Iversen, O., Ohnstad., A. og Nordhelle, G. (2005). *Psykologi for sosial- og helsefag*. 2. udgave. Oslo: Cappelens forlag AS.

Gamel, C., Davis, B. og Hengeveld, M. *Nurses` provision of teaching and counseling on sexuality: a review of the literature*. *J Adv. Nurs.* 1993;18:1219-1227.

Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I: E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Glasdam, S.( 2012). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Hudson, J. og Goldthorpe, S. (1997). Inflammatory bowel disease. I: Bruce, L. og Finlay, M.D.T (red.). *Nursing in Gastroenterology*. 1. udgave. New York: Churchill Livingstone.

- Johannessen, K.I., Molven, O., Roalkvam, S. (2007). *Godt, rett, rettferdig – etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.
- Junkin, J. og Beitz, J.M. (2005). *Sexuality and the person with a stoma. Implications for Comprehensive WOC Nursing Practice*. I: *Journal of wound, ostomy and continence nursing*, 2(32), s. 121-128.
- Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F., Skaug E-A(red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Meadows, C. (1997). Stoma and fistula care. I: Bruce, L. og Finlay, T.M.D (red.). *Nursing in Gastroenterology*. New York: Churchill Livingstone.
- Nilsen, C. (2011). Sykepleie til pasienter med stomi. I: Almås, H., Stubberud, D-G. Og Grønseth, R (red). *Klinisk sykepleie 2*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk forening for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft. (2010). Hentet 15. februar fra: <http://www.norilco.no/ungdom/om-norilcos-ungdom>.
- Norges Sykepleie Forbund (2014). *NSFs Faggruppe av Sykepleiere i Stomiomsorgen*. Hentet 7. februar 2015 fra: <https://www.nsf.no/Content/2270507/Stomisykepleiere-%20151214.pdf>.
- Persson, E., Berndtsson, I. og Carlsson, E. (2008). *Stomi- och tarmopererad –ett helhetsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitative metoder. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sprunk, E. (1999). The impact of an ostomy of sexuality. I: *Journal of oncology nursing*, 4(2). s. 85-88.
- Tveiten, S.(2013). *Veiledning – mer enn ord...* 4. utgave. Bergen: Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vettenranta, S. (2005). En fenomenologisk reise inn i de unges livsverden. I: Postholm, M. B. *Kvalitative metoder. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- White, C. (2013). *Sexual health following stoma surgery*. I: *Gastrointestinal Nursing*, 11(6).
- Winther, H. (2012). *Praksisfortællinger*. I: Glasdam, S (red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

## VEDLEGG 1:

### Bearbeidet mail til informanter

---

Dato: xx/xx-xx

Hei .....,

Mitt navn er ..... Jeg går siste semester på ..... og er nå i gang med å skrive bacheloroppgave. I bacheloroppgaven har jeg valgt å skrive om unge kvinner med stomi og hvordan dette påvirker det seksuelle selvbylde.

Problemstillingen er: «*Hvordan kan sykepleier fremme stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbylde?*»

Jeg ønsker å finne ut om hvordan sykepleiere har fokus på seksualitet og selvbylde i møte med unge kvinner etter en stomioperasjon. Jeg ønsker derfor å intervju en stomisykepleier for å få informasjon om dette.

Intervjuguiden blir godkjent av bachelorveilederen min på ..... . Jeg har taushetsplikt, det vil ikke bli samlet på noen personopplysninger og du vil bli anonymisert.

Kontaktopplysningene dine har jeg hentet fra Norges Sykepleie Forbund der det er en liste over sykepleiere i stomiomsorgen: (<https://www.nsf.no/Content/2270507/Stomisykepleiere-%20151214.pdf>).

Jeg ønsker gjerne å få et intervju med deg i løpet av ..... Dette hadde vært til stor hjelp i min oppgave. Intervjuet vil gjennomføres på din arbeidsplass eller et sted som passer for deg. Intervjuet vil ta ca. 30 minutter og du vil ha mulighet til å trekke deg når som helst under intervjuet. Det vil ikke bli tatt i bruk lydopptak, men jeg vil notere under intervjuet.

Vedlagt i mailen finner du en godkjennelse fra min veileder om at jeg kan rekruttere informanter.

Håper på positiv tilbakemelding.

Med Vennlig Hilsen

... ..

Sykepleiestudent ved .....

Tlf : .....

Mail: .....



## VEDLEGG 2:

### Samtykke fra veileder samt kontaktopplysninger

---



**Institutt for Sykepleie og Helse**

#### **Til den det måtte angå.**

... .. er student ved sykepleierutdanningen ved Diakonhjemmet Høgskole. I forbindelse med sin bacheloroppgave ønsker hun å intervju sykepleiere om kvinner, stomi og seksualitet. Jeg håper det kan la seg gjøre.

Eventuelle spørsmål kan rettes til:

... ..  
Høgskolelektor  
Institutt for sykepleie og helse  
Diakonhjemmet Høgskole  
Pb 184 Vinderen, 0319 Oslo

Tlf: ... ..

Mail: ... ..

## VEDLEGG 3:

### INTERVJUGUIDE

---

Tema: Dette er et kvalitativt intervju som handler om hvordan sykepleiere bidrar med å fremme seksualitet og selvtillit i møte med unge kvinner etter en stomioperasjon.

Problemstillingen min er: «*Hvordan kan sykepleier fremme stomiopererte unge kvinners seksuelle selvbylde?*»

#### **Samtykke:**

Du har rett til å avbryte intervjuet om du skulle ønske det.

Du har rett til å svare på de spørsmålene du ønsker /og la være å svare på spørsmål.

Du har rett til å tilføye eller fjerne noen deler av intervjuet i ettertid, ved å ta kontakt med meg via kontaktopplysningene du har fått utdelt.

Du vil bli anonymisert. Jeg samler eller registrerer ikke noen personopplysninger om deg

Jeg har taushetsplikt

Har du noen spørsmål før vi begynner?

| 1. TEMA: Seksualitet og selvbylde  | STIKKORD |
|--|----------|
| a) Hvilke utfordringer møter unge kvinner når de har fått stomi, relatert til seksualitet?<br>b) Hvilke bekymringer har kvinnene angående seksualitet?<br>c) Hva er det kvinnene er mest bekymret for i forhold til seksualitet?<br>d) Hva bekymrer pasientene seg for i fremtiden med tanke på seksualitet?<br>e) Hvordan påvirker stomi unge kvinners selvbylde? |          |

| 2. TEMA: Samtale   | STIKKORD |
|--|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Klarer pasienten å ta opp temaer som omhandler seksualitet og selvbilde på eget initiativ?</li> <li>b) Hva tar de opp?</li> <li>c) Hvordan snakker du med pasientene angående samliv og seksualitet etter en stomioperasjon?</li> <li>d) Hva snakker dere om?</li> </ul> |          |

| 3. TEMA: Sykepleie til kvinnene   | STIKKORD |
|---|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Underviser og veileder du mye om temaer som omhandler seksualitet hos stomiopererte unge kvinner?</li> <li>b) Hvordan underviser og veileder du om disse temaene?</li> <li>c) Har du som sykepleier noen standardisert opplegg eller informasjon knyttet til seksualitet?</li> <li>d) Hvordan synes pasientene det er å snakke om seksualitet med deg?</li> </ul> |          |