

Upplevelser av sexualiteten hos personer med stomi

En litteraturstudie

Linda Fagervall
Marie Fält

Luleå tekniska universitet

C-uppsats
Omvårdnad
Institutionen för Hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Upplevelser av sexualiteten hos personer med stomi
- En litteraturstudie

Experiences of sexuality among people with ostomy
- A literature study

Linda Fagervall

Marie Fält

Kurs: Examensarbete, 10 poäng

Sjuksköterskeprogrammet 120p

Vårterminen 2007

Handledare: Kerstin Nyström

Upplevelser av sexualiteten hos personer med stomi

- En litteraturstudie

Experiences of sexuality among people with ostomy

- A literature study

Linda Fagervall

Marie Fält

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Sexualitet är en del av omvårdnad som ofta glöms bort. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur personer med stomi upplever sin sexualitet. I begreppet sexualitet har vi inkluderat socialt liv, kroppsbild och självkänsla, eftersom dessa har en inverkan på sexualiteten. I studien analyserades åtta vetenskapliga artiklar med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Analysen resulterade i tre kategorier; att känna sig oattraktiv, att rädsla och oro begränsar samlivet och att behöva stöd och acceptans från partnern. Genom att uppmärksamma hur personer med stomi upplever sin sexualitet, kan vårdpersonal bemöta patienters sexuella problem med mer förståelse.

Nyckelord: stomi, sexualitet, oattraktiv, stöd, kvalitativ innehållsanalys, litteraturstudie.

Att leva med en kronisk sjukdom beskrivs i en studie av Kralik, Koch och Telford (2001) som något som påverkar hela personen. Kroppsbilden förändras och personen får en ny syn på sig själv. De beskriver hur deltagarna i studien jämför sin kropp med andras och med den egna kroppen de hade innan sjukdomen. Detta leder till sänkt självförtroende.

Vid coloncancer, trauma, divertikulit, inflammatoriska tarmsjukdomar och vid ischemisk kolit kan en stomi bli nödvändig (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle & Hunt, 2002). En stomi är en permanent eller temporär öppning på bukväggen från tarmen som gör det möjligt att tömma ut tarminnehåller på konstgjord väg (Nicholls, 2002). De vanligaste stomierna är descendenskolostomi, ileostomi och sigmoideostomi (Duchesne et al., 2002). Av dessa är personer med ileostomi mest yngre personer med inflammatoriska tarmsjukdomar och personer med kolostomi är oftast äldre med maligna sjukdomar (Nugent, Daniels, Stewart, Patankar & Johnson, 1999).

Att leva med en stomi kan medföra vissa komplikationer och problem. De vanligaste komplikationerna är nekros, prolaps, hudirritation, stenosis, infektioner och blödningar. Eftersom konstruktionen av ileostomier är mer tekniskt krävande orsakar de flest komplikationer av alla typer av stomier. Avföringen i ileostomier är dessutom mer flytande och har en annan sammansättning, vilket påverkar huden och leder till fler hudirritationer och infektionskomplikationer (Duchesne et al., 2002). Problem som personer med stomier kan uppleva är utslag, läckage, lukt och att stomipåsen fylls med luft. Även problem med stomi som läcker är något som personer med ileostomi drabbas av i större utsträckning än de med kolostomi (Nugent et al., 1999).

I en studie av Nugent et al. (1999) framkommer problem i det dagliga livet hos dem som lever med stomi. De problemområden som beskrivs är i samband med arbete, kost, beklädning, resor, sport, fritid, kroppsuppfattning och sexuallivet (Nugent et al., 1999). Personer med stomi löper hög risk att drabbas av psykisk ohälsa (Nugent et al., 1999; Brown & Randle, 2005) men de som får mycket stöd upplever mindre problem (Brown & Randle, 2005). Nugent et al. (1999) menar att även om personer med stomier får stöd från sina familjer kan de uppleva oro och skam över sin stomi.

Sexualitet innefattar biologiska, psykiska, sociala, känslomässiga och andliga dimensioner av en persons liv. Relationen som en person har till sig själv har stor betydelse för dennes intima

relationer med andra. I relationen till sig själv inkluderas hur en person ser på sig själv som en sexuell varelse, sin kroppsuppfattning och synen på sexuell aktivitet. Det är vanligt att kroniska sjukdomar har en stor påverkan på sexualiteten, bland annat på grund av en förändrad kroppsuppfattning. Sexualitet är ofta ett känsligt ämne och brukar betraktas som tabu. Personer som lever med sjukdom har ofta svårt att själva ta upp samtal om sexualitet och de ges sällan möjligheten att prata om detta (Kralik et al., 2001). I världshälsoorganisationens (WHO) definition av sexualitet framgår att sexualitet är en integrerad del av varje människas personlighet, och att den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonym med samlag, utan är mycket mer. Den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet och den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor samt att röra vid varandra. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa (WHO, 2007). I en studie (Nugent et al., 1999) framkom att hälften av personer som lever med stomi upplevde problem med sitt sexualliv. Dessa problem uppgavs till en viss del vara fysiskt betingade men till största delen av psykisk art. McQueen (1997) beskriver i en studie hur påverkan på sexualiteten och inverkan på en persons sociala liv har stor betydelse för relationen till andra människor. I den här studien använder vi en vid definition av begreppet sexualitet som anknyter till WHO:s definition och inkluderar aspekter av socialt liv, kroppsbild och självkänsla.

I en studie av Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas och Hultén (2005) uppgav 63 procent av deltagarna att de var missnöjda med den otillräckliga tiden de fått till samtal om sitt sexualliv. Som sjuksköterskor ska vi arbeta med en helhetssyn på människan. Därför anser vi att sexualiteten är en viktig del för upplevelse av hälsa, som inte får glömmas bort i omvårdnaden. Vi tror att genom att belysa ämnet, väcks tankar kring sexualitetens betydelse i all omvårdnad och gör det mer naturligt att ta upp ämnet. Vi har valt att specificera oss på personer med stomi eftersom dessa troligen är en grupp som vi inom vårt kommande yrke kommer att stöta på inom många olika områden i vården.

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur personer med stomi upplever sin sexualitet.

Metod

Litteratursökning

De databaser som använts är: PubMed, CinAhl och Academic Search. Sökorden som använts är: stomi, sexualitet och kvalitativa studier. Dessa ord har varit som utgångspunkt, för att sedan använda varje indexregister i vardera databas för att finna de engelska orden som just den databasen använder. Sökorden har kombinerats för att hitta relevanta artiklar. Översikt av litteratursökningen redovisas i tabell 1. Efter att ha läst igenom abstrakten på de funna artiklarna valdes 21 stycken ut som vi läste. Av dessa var fem relevanta för vår studie och användes i analysen. Vi har även tagit hjälp av samsök och utgått ifrån funna artiklars referenslistor för att finna fler artiklar. Detta resulterade i ytterligare tre relevanta artiklar som inkluderades i analysen. Inklusionskriterier för litteratursökningen var att artiklarna skulle vara kvalitativa och beskriva personer med stomis upplevelser. Någon skillnad på män och kvinnor har inte gjorts. Artiklarna skulle vara publicerade senare än år 1990.

Innan analysen påbörjades valde vi att kvalitetsgranska artiklarna enligt protokoll H i Willman och Stoltz (2002, s.122). För att få hög kvalitet krävdes bra beskrivet syfte, datainsamling och analysmetod. Det skulle även tydligt framgå att studien var granskad och godkänd av en etisk kommitté. De artiklar som saknade etiskt godkännande men hade resterande kriterier fick därmed medel som betyg. En av artiklarna bedömde vi som låg kvalitet eftersom den saknade beskrivning av analysmetoden och det etiska godkännandet. Trots detta valde vi att inkludera denna artikel i studien, eftersom det var en fallstudie med bra beskrivna upplevelser. Översikt över de analyserade artiklarna redovisas i tabell 2.

Tabell 1 Översikt av litteratursökning

Syftet med sökning: upplevelser av sexualiteten hos personer med stomi				
PubMed 2007 01 30				
Söknr	*)	Söktermer	Antal ref.	Valda artiklar
1	MSH	Enterostomy	<u>12094</u>	
2	MSH	Sexuality	<u>17941</u>	
3	MSH	1 and 2	14	2
4	FT	*ostomy	<u>27053</u>	
5	FT	Sex*	<u>485091</u>	
6	FT	4 and 5	655	
7	FT	Qualitative	<u>62481</u>	
8	FT	6 and 7	2	1
Cinahl 2007 01 30				
Söknr	*)	Söktermer	Antal ref.	Valda artiklar
1	CH	Sexuality	<u>7758</u>	
2	CH	Sex	<u>36309</u>	
3	CH	Ostomy	<u>1634</u>	
4	CH	Enterostomy	<u>41</u>	
5	CH	1 and 4	1	0
6	CH	1 and 3	71	2, 1 [#]
7	CH	2 and 3	26	0
8	CH	2 and 4	3	0
Academic search 2007 01 30				
Söknr	*)	Söktermer	Antal ref.	
1	ST	Sexuality	<u>10131</u>	
2	ST	Sex	<u>83425</u>	
3	ST	Ostomates	<u>417</u>	
4	ST	Enterostomy	<u>313</u>	
5	ST	1 and 4	5	3 [#]
6	ST	1 and 3	4	
7	ST	2 and 3	3	
8	ST	2 and 4	1	

*MSH – Mesh termer i databasen PubMed, CH- Cinahl headings i databasen CINAHL, ST - Subject Terms i databasen Academic search, FT –fritextsökning.

[#]artiklar redan redovisade i tidigare sökning.

Tabell 2 Översikt av analyserade artiklar (n=8)

Författare (År)	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/ Analys	Huvudfynd	Kvalitet Hög, Medel, Låg
Deeny & McCrea (1991)	Kvalitativ	6	Ostrukturerade intervjuer/ Kvalitativ analys enligt Turners steg	Individernas fysiska behov blev tillgodo- sedda, medan deras psykiska och sociokulturella behov inte uppfylldes.	Medel
Kelly (1992)	Kvalitativ	45	Intervjuer/ Kvalitativ analys	Fyra olika teman framkom: förändrad kropp och påverkan av självet, privata livet och användandet av stomin, intima relationer - från privatlivet till allmän identitet, allmän identitet – en bredare bild.	Medel
Manderson (2005)	Kvalitativ	18	Ostrukturerade intervjuer/ Tematisk analys	Tre olika teman framkom: anpassning till förändringen, förklädd och obekvämt, sex och sexighet.	Hög
Notter & Burnard (2006)	Kvalitativ	50	Semistrukturerade intervjuer/ Deskriptiv fenomeno- logisk analys (Giorgi)	Upplevelsen postoperativt visade sig vara värre än förväntat. Fyra teman kom fram: smärta och chock, kropps bild och sexualitet, själva stomin och sjuksköterskornas roller.	Medel
Persson & Hellström (2002)	Kvalitativ	9	Intervjuer/ Kvalitativ design med fenomenologisk aspekt	Sju kategorier: främmande för sig egen kropp, förändrad kropps bild, osäkerhet, fysiska problem, påverkan av sexuallivet, sociala livet och fritiden.	Hög
Rozmovitz & Ziebland (2004)	Kvalitativ	39	Djupgående intervjuer / Analyserat och kodat data i NUD*IST software	Förlust av att känna sig vuxen.	Hög

Tabell 2 (forts) Översikt av analyserade artiklar (n=8)

Författare (År)	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/ Analys	Huvudfynd	Kvalitet Hög, Medel, Låg
Salter (1992)	Kvalitativ	7	Ostrukturerade intervjuer/ Kvalitativ analys	Känsla av förlust, rollen hos partnern, problem med att sköta stomin, sociala aktiviteter, självhjälpsgrupper, sexuella problem, anpassning till operationen och problem med kroppsuppfattningen.	Medel
Williams (2006)	Fall studie (Kvalitativ)	1	Intervju/ Ej beskriven	Behov av att prata och få information angående stomins påverkan på sexualiteten.	Låg

Analys

Kvalitativ innehållsanalys är en bra metod i studier där syftet är att förstå en annan människas tankar, känslor och upplevelser (Holloway & Wheeler, 2002, s. 241). Eftersom vi ville uppnå ett inifrånperspektiv analyserade vi artiklarna med denna metod med manifest ansats. Detta beskriver Downe-Wamboldt (1992) som en detaljerad metod, där data granskas systematiskt och objektivt för att beskriva ett fenomen. Processen ska vara väl beskriven och det ska finnas diskussioner runt ämnet. Manifest ansats innebär att det endast är det synliga innehållet, vad texten säger, som analyseras. Inga egna tolkningar används.

Burnard (1991) beskriver 14 steg för att utföra en kvalitativ innehållsanalys. I vår analys har vi använt Burnards metod som grund. Följande steg utgick vi ifrån: vi läste alla artiklar noggrant och tog ut textenheter som svarade mot syftet. Dessa textenheter kodades och kondenserades, vilket innebar att vi kortade ner dessa men behöll kärnan i dem för vidare analys. Textenheter med liknande upplevelser fördes sedan ihop till kategorier i flera steg. Genom att hela tiden gå tillbaka till ursprungstexten försäkrade vi oss om att sammanhanget i textenheten följde med. Kategoriseringen var klar när inga fler kategorier kunde föras ihop och de var varandra uteslutande.

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier (tabell 3). Kategorierna presenteras i löpande text och illustreras med citat från artiklarna.

Tabell 3 Översikt av kategorier (n=3)

Kategorier

Att känna sig oattraktiv
 Att rädsla och oro begränsar samlivet
 Att behöva stöd och acceptans från partnern

Att känna sig oattraktiv

Personer som lever med stomi beskrev i studier att de upplevde en känsla av att vara smutsiga och kände sig äckliga (Notter & Burnard, 2006; Rozmovits & Ziebland, 2004). Avföringen i påsen kändes osexig (Manderson, 2005). Eftersom de inte kunde kontrollera sina kroppsliga funktioner hade de känslan av att inte vara rena och att lukten inte gick att ta bort (Notter & Burnard, 2006). Känsla av att se hemsk ut med stomin och att inte känna sig lika attraktiv som förut beskrevs i studier (Persson & Hellström, 2002; Rozmovits & Ziebland, 2004). Deltagare såg kroppen som osexig och hade svårt att acceptera stomin, därför var det av stor betydelse för dem att få höra att partnern tyckte de var vackra (Manderson, 2005).

...spreading across my stomach repulsive... it isn't normal... it smelt... I couldn't seem to get the smell off me no matter how much I washed
 (Notter & Burnard, 2006, s.153).

Det framkom att personer med stomi såg kroppen som ett större bekymmer än partnern gjorde. De hade svårt att lita på partnern när denne sade att stomin inte spelar någon roll. Sexualiteten påverkades eftersom personer med stomi hade svårt att släppa tanken från själva stomin (Manderson, 2005; Rozmovits & Ziebland, 2004). Den förändrade kroppen blev ett psykiskt hinder som påverkade den sexuella identiteten. Denna kroppsliga förändring skapade en oro och obekvämlighet (Kelly, 1992; Rozmovits & Ziebland, 2004). Personer beskrev att sedan de hade fått en stomi hade kroppsbilden tydligt förändrats, vilket hade gjort dem olyckliga (Kelly, 1992; Persson & Hellström, 2002). Den förändrade kroppsbilden upplevdes pinsam och beskrevs extra jobbig för kvinnor (Deeny & McCrea, 1991). Stomin kunde medföra en viktnedgång som en del beskrev ge ökad känsla av att se sjuk ut (Persson &

Hellström, 2002). Kvinnor i studier (Deeny & McCrea, 1991; Notter & Burnard, 2006) beskrev hur deras könsroll hade förändrats efter stomioperationen. De kände sig inte som sig själva och upplevde sig mindre kvinnliga än innan operationen.

Personer med stomi uttryckte känslor av att vara annorlunda, de såg normala ut men var inte det fysiskt. De beskrev att kroppen inte kändes som ett med stomin (Kelly, 1992; Persson & Hellström, 2002). Vid första åsynen av stomin upplevdes en känslomässig chock och en känsla av avsky. Denna bild av kroppen fanns kvar även efter accepterandet av stomin (Notter & Burnard, 2006; Persson & Hellström, 2002). Personer med stomi berättade att de valde att hålla stomin utom synhåll och gömma den för att hålla den hemlig (Manderson, 2005). Stomin upplevdes osexig och det var vanligt förekommande att vilja dölja den för partnern (Manderson, 2005; Notter & Burnard, 2006; Rozmovits & Ziebland, 2004).

It's really not a sexy thing to see, so that's probably why I don't want him to see because we—I mean, if we have a sexual relationship
(Manderson, 2005, s.410).

Deltagare i studier beskrev olika strategier de skapat för att dölja sin kropp och stomin för sin partner framförallt under samlag. Dessa strategier kunde vara att dölja påsen med handen, täcket och att inte låta partnern se dem nakna genom att släcka lyset. Genom att använda underkläder som dolde stomin beskrev de en känsla av att vara mer attraktiv (Deeny & McCrea, 1991; Manderson, 2005; Notter & Burnard, 2006; Persson & Hellström, 2002; Rozmovits & Ziebland, 2004). I en studie beskrev deltagare att de hade svårt att hitta sexiga underkläder som dolde stomin. De beskrev även att kläderna som var bekväma och dolde stomin upplevdes osexiga (Manderson, 2005). Personer med stomi upplevde att stomin dominerade och tog över andra aspekter av livet (Kelly, 1992). Påsen kändes som en inkräktare, i vägen och gick inte att glömma bort. Stomin upplevdes framträdande, speciellt under samlag, eftersom den var synlig för både en själv och partnern, vilket gjorde att de kände sig oattraktiva (Manderson, 2005; Notter & Burnard, 2006; Rozmovits & Ziebland, 2004).

When he wanted to start another relationship, he searched for something to disguise the bag, "a cover or cummerbund or something" that would make his appearance "much more appealing to the opposite sex" than looking at the bag with its contents (Manderson, 2005, s.410).

Att rädsla och oro begränsar samlivet

Personer med stomi förklarade att den största rädslan och oron var att inte kunna kontrollera sina tarmfunktioner. Rädslan för missöden beskrevs vara värre än när de verkligen hände (Rozmovits & Ziebland, 2004). I flera studier beskrevs att det fanns en stor oro och rädsla över att påsen skulle lossna, vilket den gjorde ibland (Deeny & McCrea, 1991; Kelly, 1992; Manderson, 2005; Persson & Hellström, 2002). I många andra studier uttryckte personer med stomi oro och rädsla över att stomin skulle synas, lukta, läcka eller låta. Om detta inträffade upplevdes avsky och pinsamhet (Deeny & McCrea, 1991; Manderson, 2005; Notter & Burnard, 2006; Persson & Hellström, 2002; Rozmovits & Ziebland, 2004; Salter, 1992; Williams, 2006).

The participants described feelings of uncertainty and fear, especially that the stoma might be visible and that gas and odor would occur. Flatus caused a problem when the pouch filled with gas, giving the impression that it could be seen through clothes (Persson & Hellström, 2002, s.105).

Inte bara lukten och ljuden utan själva tanken på stomins innehåll skapade oro. Personer med stomi upplevde osäkerhet när någon tog på magen och kände avföring (Manderson, 2005). En deltagare uttryckte känslan av skam över att vakna upp med en full påse på morgonen (Persson & Hellström, 2002). Deltagare i studier beskrev en känsla av att inte vilja ha någon nära, eller vara nära sin partner (Rozmovits & Ziebland, 2004; Williams, 2006). Deltagare i en studie beskrev att oron över kroppsliga förändringen kunde vara ett hinder i intima relationer. De beskrev att de ständigt var uppmärksamma på sin kropp (Kelly, 1992) och hade behov av att kontrollera kroppen under samlag vilket gjorde att de inte kunde slappna av (Manderson, 2005). På grund av detta upplevde de en förändrad identitet (Rozmovits & Ziebland, 2004).

When we first went to bed, I was like, I used to have to hang on, I was literally clenched because of fear, like I never knew if I was going to be letting off wind or something more than that and it took me a long, long time to feel comfortable (Manderson, 2005, s.409).

Personer med stomi upplevde en oro och rädsla när de inte kunde kontrollera tarmfunktionen och valde då att inte gå ut och träffa folk igen (Kelly, 1992), vilket ledde till att vissa isolerade sig (Persson & Hellström, 2002; Rozmovits & Ziebland, 2004). Deltagare i flera studier

beskrev att den osäkerhet som stomin orsakat, påverkade personens sociala liv. Denna osäkerhet gjorde att de inte ville gå på fester och träffa andra av rädsla för läckage (Kelly, 1992; Persson & Hellström, 2002; Rozmovits & Ziebland, 2004). Stomin kunde upplevas pinsam och skapa en känsla av avstånd (Deeny & McCrea, 1991; Rozmovits & Ziebland, 2004). I en studie av Persson och Hellström (2002) beskrev deltagare att de upplevde det pinsamt att tömma påsen på allmän toalett, bada bastu och duscha med andra.

Deltagare beskrev hur stomin och den förlorade tarmkontrollen hade påverkat deras relationer (Deeny & McCrea, 1991). De som skulle inleda en ny sexuell relation kände sig oroad och hämmade (Kelly, 1992; Manderson, 2005; Salter, 1992). I vissa etablerade relationer hade stomin liten påverkan, medan andra relationer blev försvårade på grund av stomin (Rozmovits & Ziebland, 2004). Personer med stomi hade svårt att se och röra vid sin egen stomi (Deeny & McCrea, 1991; Persson & Hellström, 2002) och hade känslan av att ingen ville röra vid deras kropp och att hade svårt att tro att någon partner skulle komma att acceptera stomin (Kelly, 1992; Notter & Burnard, 2006). Att leva med stomi medförde ett minskat självförtroende som ledde till rädsla för att inleda ett nytt sexuellt förhållande och återuppta sin gamla sociala roll (Deeny & McCrea, 1991; Manderson, 2005). Personer med stomi upplevde även problem och svårigheter med självpresentation, självrespekt och självsäkerhet (Kelly, 1992; Persson & Hellström, 2002). I studier beskrevs rädsla och oro för att deras partner inte längre skulle vilja ha dem, vilket försämrade deras självförtroende och självsäkerhet (Kelly, 1992; Notter & Burnard, 2006).

...how could I ever lie on a beach again, what would my husband think, would he still want me (Notter & Burnard, 2006, s.152).

På grund av rädslan för avvisning tog deltagare inte upp samtalet kring den sexuella situationen. De oroade sig över att partnern skulle neka till sexuell samliv och valde därför att inte ta upp samtalet alls (Rozmovits & Ziebland, 2004). I en studie (Kelly, 1992) uttryckte personer som lever med stomi att de hade svårigheter att berätta för andra om stomin på grund av rädsla för att bli avvisad och sårad som vissa hade varit med om. Medan deltagare i en studie av Persson och Hellström (2002) inte upplevde det svårt att berätta om stomin, däremot hade de svårigheter gällande till vem och hur de skulle berätta. De hade tankar om hur en ny partner skulle reagera när de fick veta (Persson & Hellström, 2002).

When you do meet somebody and if you like them, well I feel they should know, eh, but its trying to tell them, I find it very, very, very hard, em witch I have done in the past I found it, well where do you start telling them? Where do you begin? And her, I must seem to crack up, the tears start to come, and then it's just me (Kelly, 1992, s.405)

I flera studier beskrev deltagare oro för hur stomin skulle påverka sexuallivet. De beskrev en osäkerhet och rädsla över hur samlaget skulle komma att kännas och om det skulle vara smärtsamt, liksom oro över den sexuella funktionen. Efter operationen beskrevs det svårt att tänka på sex igen, det tog tid att komma tillbaka till sexuallivet (Deeny & McCrea, 1991; Manderson, 2005; Persson & Hellström, 2002; Williams, 2006). Sex ansågs inte heller vara lika roligt sedan de fått stomin (Persson & Hellström, 2002). Personer uttryckte att de inte kände någon lust men att de kände att de borde för partnerns skull (Manderson, 2005; Persson & Hellström, 2002) I flera studier framkom att personer som lever med stomi upplevde sexuella svårigheter (Deeny & McCrea, 1991; Kelly, 1992; Rozmovits & Ziebland, 2004). Förändringarna av sexuallivet upplevdes olika, vissa upplevde längre perioder utan sexuell aktivitet medan andra upplevde att sexuallivet helt upphört (Manderson, 2005). I en studie av Rozmovits och Ziebland (2004) jämförde en deltagare stomins effekt på sexuallivet med att sitta i fängelse. En deltagare i en studie av Williams (2006) förklarade att få en stomi är det värsta tänkbara för en homosexuell man. I en studie (Deeny & McCrea, 1991) beskrev män att de upplevde problem relaterade till impotens postoperativt. Personer med stomi beskrev även brister gällande informationen de fick inför operationen. De poängterade behovet av att få uttrycka sin oro och sina känslor, att någon satt ner och pratade med dem. De saknade information om hur det är att leva med stomi och beskrev hur denna information skulle ha underlättat de sexuella problem som hade uppkommit.

Att behöva stöd och acceptans från partnern

Personer som lever med stomi beskrev att de upplevde ett stöd och fick förståelse från sin respektive partner (Notter & Burnard, 2006; Salter 1992) Detta stöd från någon i en nära relation underlättade de sexuella problem som kunde uppstå (Deeny & McCrea, 1991) och minskade oron över fysiska relationer (Rozmovits & Ziebland, 2004). För att få ett fungerande sexualliv upplevdes det viktigt att kunna prata med varandra. Genom att kunna lita på varandra vågade personer släppa på etikettreglerna och slappna av (Manderson, 2005).

I en studie av Notter och Burnard (2006) berättade deltagare att det kunde upplevas svårt att prata med partnern om stomin. Vissa upplevde att partnern inte ville prata om ämnet.

...my husband thinks it is disgusting ...we don't mention it ... he never saw my stoma I had to keep it covered and he wouldn't talk about it ... the whole subject is taboo ... (Notter & Burnard, 2006, s.153).

Deltagare i en studie förklarade att det var viktigt att kunna sköta stomin själv för att lära sig acceptera den och känna självständighet (Deeny & McCrea, 1991). Vid olyckor med stomin kunde vuxna känna sig som hjälplösa barn (Rozmovits & Ziebland, 2004). Personer med stomi beskrev hur inkontinens och beroende av andra talade emot den självständighet som förväntas i vuxenlivet och i sexuella livet (Manderson, 2005). Vidare beskrev deltagare i studier att de inte ville att partnern skulle hjälpa till med stomin för att de kände sig förödmjukade (Rozmovits och Ziebland, 2004) och för att sexuallivet kunde riskeras att förstöras (Manderson, 2005).

Ian, for instance, cares for his wife when required, cleaning her when bags burst, bathing her and changing sheets. But this has been at the cost of a sexual relationship (Manderson, 2005, s.411).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur personer med stomi upplever sin sexualitet. I begreppet sexualitet inkluderade vi socialt liv, kroppsbild och självkänsla. Analysen resulterade i tre kategorier; att känna sig oattraktiv, att rädsla och oro begränsar samlivet och att behöva stöd och acceptans från partnern.

I vår litteraturstudie framkom hur personer med stomi inte kände sig lika attraktiva längre. De upplevde sig själva osexiga och ansåg sig själva se hemska ut, vilket gjorde att de hade svårt att acceptera stomin. De beskrev en förändrad kroppsbild som påverkade den sexuella identiteten. Att kroppsbilden förändras genom sjukdomar är inte unikt för personer som fått en stomi. Även kvinnor med bröstcancer (Taleghani, Yekta & Nasrabadi, 2006) och män med testikelcancer (Sheppard & Wylie, 2001) beskrev att de till följd av sin sjukdom kände sig annorlunda och oattraktiva (Taleghani, Yekta & Nasrabadi, 2006; Sheppard & Wylie, 2001).

En bidragande orsak till den negativa kroppsbilden som beskrivits kan vara det kroppsideal som visas i massmedia. Enligt Chow (2004) påverkas unga flickor och kvinnor av samhället att sträva efter en ouppnåelig perfektion. Dessa flickor kan uppfatta sig själva som mindre värda i jämförelse med de bilder som publiceras i massmedia. Deltagare i studien uttryckte hur de jämförde sig själva med dessa bilder och förklarade hur bilderna fick dem att älska modellens kropp och inte sin egen. Att inte lyckas nå det massmediala idealet gör att kvinnor redan som friska får ett sämre förhållande till sin egen kropp, istället för att känna sig sunda och hela. Även andra studier (Wilcox & Laird, 2000; Harrison & Cantor, 1997) belyser hur modeller i tidningar sänkte självförtroendet och skapade en avundsjuka över modellens utseende. Liknande resultat framkom i en artikel av Dohnt och Tiggemann (2006) som visade att flickor som tittade mer på utseendebaserade program och som läste mer tjejtidningar var mer medvetna om bantning och mindre nöjda med sitt utseende. Enligt Leit, Pope och Gray (2001) påverkas även män av massmedia. Det manliga idealet har förändrats under åren till en mer och mer muskulös kropp. Det tycks vara så att dessa kroppsideal som vi ständigt utsätts för påverkar oss alla men kanske ännu påtagligare om man lever med stomi? Det kan vara svårt när man har en påse på magen att passa in i dagens höga krav på hur en attraktiv kropp förväntas se ut?

Påverkar dagens kroppsideal mer än kroppsbilden, så som självförtroende i förhållande till könsrollen? Problem och svårigheter med självpresentation, självrespekt och självsäkerhet framkom i vår litteraturstudie. Personer med stomi beskrev en känsla av att inte vara sig själva och upplevde att deras könsroll hade förändrats. Manderson (1999) hävdar att den fysiska kroppen är viktig för vår egen sexuella identitet och att en förändrad kropp i form av operationer kan leda till förändrad könsroll som i sin tur påverkar sexualiteten. Operationer resulterar ofta både i en fysisk förlust men även i en förlust av feminiteten, vilket påverkar hur kvinnor ser på sig själva men även hur andra uppfattar dem som attraktiva (Manderson, 1999). Genom att förlora ett bröst kände sig kvinnor mindre kvinnliga än sina väninnor (Bredin, 1999). Av män som opererats för testikelcancer var det endast en liten andel som kände sig mindre manliga (Sheppard & Wylie, 2001). Vad är orsaken till skillnaden i uppfattningen av könsrollen i dessa studier? Kan det vara på grund av att bröstet är mer synliga, så att det är mer påtagligt när ett saknas? På liknande sätt som personer med stomi upplever problem med att stomin är synlig.

Ett behov av att dölja stomin och hålla den hemlig för sin omgivning framkom i vår litteraturstudie. Inom sexuella relationer doldes den genom olika strategier för att personen med stomi upplevde den osexig. På liknande sätt beskrivs i en studie (Bredin, 1999) hur kvinnor som opererat bort ena bröstet hade svårt att se på sig själva och ville dölja kroppen på olika sätt. Det tycks vara skillnad i behovet att vilja dölja sin kropp beroende på olika kroppsförändringar. Kvinnor som genomgått cytostatikabehandling (Rosman, 2004) och förlorat sitt hår upplevde inte ett behov att vilja dölja detta med hjälp av peruk för sin partner.

I vår litteraturstudie framkom hur rädsla och oro begränsade samlivet. Att inte kunna kontrollera sin tarmfunktion och rädsla för vad andra skulle tycka begränsade det sociala livet för personer med stomi. Att vara rädd för andras reaktioner finns också beskrivet av människor med andra sjukdomar. Lam och Fielding (2003) fann att kvinnor med bröstcancer definierar sin självidentitet genom hur de uppfattas av andra som person. De vill inte bli sedda som annorlunda och stigmatiserade i samhället utan vill betraktas som friska personer av andra. Kvinnor med bröstcancer i den studien förklarade hur de var rädda för social avvisning. De hade köpt peruker för att andra inte skulle märka att de var sjuka och för att inte se lika skrämmande ut inför andra. De var rädda att andra skulle se ner på dem om de fick reda på att de hade cancer. Dinos, Stevens, Serfaty, Weich och King (2004) beskrev en liknande form av stigmatisering i studien om personer med psykiska sjukdomar. Deltagarna vara oroliga att bli stigmatiserade om de berättade för andra om sin sjukdom. Även i vår litteraturstudie framkom hur personer med stomi upplevde svårigheter med att berätta och för vem de skulle berätta om stomin. Det skulle kunna tyda på att de var rädda för att bli stigmatiserade.

Personer med stomi upplevde en förändring i sexuallivet. Det kunde vara längre perioder utan sexuell aktivitet eller att sexuallivet upphört helt. På liknande sätt beskrev personer som hade haft cancer (Wilmoth, 2006) hur sexualiteten hade påverkats. Vissa upplevde att det inte fanns någon sexualitet efter sjukdomen medan andra upplevde liten påverkan. I en studie av Sheppard och Yylie (2001) beskrev en manlig deltagare med testikelcancer den oro han upplevde över att sex skulle vara annorlunda. En annan deltagare i samma studie beskrev hur ejakulationen var smärtsam och att samlivet inte var som tidigare varit.

I vår litteraturstudie beskrev personer med stomi ett ouppfyllt behov av information och behov av att någon gav dem tid att uttrycka sin oro. Även kvinnor med bröstcancer beskrev i en studie av Landmark och Wahl (2002) bristande stöd från sjukvårdspersonal och att detta

ledde till osäkerhet. Enligt Brown och Randle (2005) bör sjuksköterskor vara uppmärksamma på att patienter kan reagera olika i samband med en stomioperation och att reaktionen kan förändras med tiden. Genom att ge möjlighet till öppen kommunikation kan det bidra till ett positivare tankesätt hos patienterna. Brown och Randle (2005) betonar också att det är viktigt med stöd och hjälp till patienter direkt efter stomioperationen. Nugent et al. (1999) poängterar vikten av rådgivning och stöd redan innan operationen. Detta stöd och information inför operationen tas upp av en deltagare i en studie och enligt Janda, Obermair, Cellas, Crandon och Trimmel (2004) är det även viktigt att partnern får information om hur sexualiteten kan komma att påverkas.

I vår litteraturstudie framkom behovet av stöd och acceptans från partnern. På samma sätt beskrev kvinnor med bröstcancer (Landmark & Wahl, 2002) att både det känslomässiga och praktiska stödet från partnern var det mest värdefulla. Stödet beskrevs underlätta för den sjuke att acceptera sjukdomen. Det stöd som partnern gav uppfattades mest som positivt men även som en stor påfrestning för relationen. Hatchett, Friend, Symister och Wadhwa (1997) poängterar även de vikten av stöd från familjen men även att stödet från sjukvårdspersonalen är oerhört viktigt eftersom detta stöd inger mer hopp hos personen med sjukdomen och leder till ett mer optimistiskt synsätt.

Personer med stomi upplevde att inkontinens och beroendet av andra talade emot den självständighet som förväntas i vuxenlivet och i sexuella livet. De ville inte att partnern skulle hjälpa till med skötseln av stomin för att de kände sig förödmjukade och ansåg att sexuallivet kunde förstöras. De beskrev vikten av att sköta stomin själv för att lära sig acceptera den och bibehålla sin självständighet. Personer med diabetes beskrev även de (Trief et al., 2003) att de föredrog att sköta vissa aspekter av sjukdomen själva, för att bevara självständigheten. Enligt Woods (2005) tycks självständighet i vårt samhälle vara något som ger hög status, det anses vara bra att klara sig själv.

Omvårdnadsinterventioner

Eftersom de flesta patienter upplever negativa känslor efter att de fått stomin behöver de uppmuntran, stöd och rådgivning för att lära sig att kombinera stomivården med de dagliga aktiviteterna (Pontieri-Lewis, 2006). Sjuksköterskor bör uppmuntra patienter till att uttrycka sina känslor och att ta kontakt med en stomisjuksköterska för vidare rådgivning.

Stomisjuksköterskor har ansvaret att följa stomipatienter genom deras behandling och har

därmed möjlighet att ge patienten kontinuitet i vården (Brown & Randle, 2005). Dessa sjuksköterskor har kunskap och erfarenhet gällande placering av stomin, frågor rörande stomier och kan se tidiga tecken på komplikationer (Duchesne et al., 2002). Nugent et al. (1999) menar att varje patient som fått en stomi skall få träffa stomisjuksköterskan innan hemgång från sjukhuset och erbjudas uppföljning efter hemgång. Santos och Sawaia (2001) har gjort en studie där sjuksköterskor fick leva med en stomi i ett dygn. De upplevde en förändrad självkänsla, kroppsbild, sexualitet och sociala relationer. Dessa förändringar visade sig genom stigmatisering och ett ökat behov av stöd. Genom denna studie fick sjuksköterskorna en ökad förståelse för personer som lever med stomi

I en studie av Wilmoth (2006) framkom den lättnad en patient kände när sjuksköterskan tog upp ämnet sexualitet. Det är viktigt att patienten kan prata om sexuella frågor med sin partner och sjuksköterskan kan hjälpa till med detta. Att initiera detta område ingår i sjuksköterskans ansvar. Det är ett viktigt ämne i alla åldrar, då man inte slutar ha tankar och känslor om sexualitet för att man uppnår en viss ålder. Om sjuksköterskan inte nämner ämnet tvekar oftast patienten att fråga och fortsätter att undra och kanske oroas sig. För att sjuksköterskan ska kunna prata om sexualitet krävs att hon känner sig bekväm med det. Det krävs även att hon har kunskap om sexualitet, sjukdomar och behandlingar som påverkar sexualiteten (Wilmoth, 2006).

Det finns utvecklade program för att hantera frågan om sexualitet vid sjukdom. En av dessa är PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) – modellen. Genom att använda denna kan sjuksköterskor samtala med patienter om sexualitet. PLISSIT-modellen består av fyra nivåer av interventioner. Varje nivå bygger på den föregående och sjuksköterskan kan flytta samtalet fram och tillbaka mellan dem. Första nivån är att ge patienten tillåtelse att prata om sin sexualitet, genom att normalisera samtalet och vara öppen för frågor. I nästa nivå krävs en bekvämlighet från sjuksköterskan för att kunna ge patienten grundlig information relaterat till patientens identifierade sexuella problem. I tredje nivån hjälper sjuksköterskan patienten, helst i sällskap av partnern, identifiera orsakerna till problemen och ge förslag på lösningar. I den sista nivån ger sexualterapeuter intensiv terapi till dem som har allvarliga sexuella problem (Claiborne & Rizzo, 2006).

Metodkritik

I vår litteraturstudie användes en kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Kvalitativ innehållsanalys är en bra metod i studier där syftet är att förstå en annan människas tankar, känslor och upplevelser (Holloway & Wheeler, 2002, s. 241). Manifest ansats innebär att vara textnära originaltexten och undvika egna tolkningar (Downe-Wamboldt, 1992).

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en textenhet oftast kan tolkas på flera sätt beroende på läsaren. Det är därför viktigt att ha kvar textenheten i sitt sammanhang men även vara medveten om att det ställer stora krav på analyseraren. En begränsning i denna litteraturstudie är att alla artiklars originalspråk är engelska därav kan vissa nyanser i upplevelserna ha gått förlorade. För att inte riskera att vi misstolkat innebörden i textenheterna har vi under hela arbetets gång gått tillbaka till originaltexten upprepade gånger.

Trovärdigheten i litteraturstudien har stärkts genom kvalitetsgranskning utifrån Willman och Stoltz (2002) protokoll H. En av artiklarna bedömdes som låg kvalitet. Vi valde dock att använda den ändå, eftersom dess innehåll hade bra beskrivna upplevelser. Vi är medvetna om att analysen och granskningen av artiklarna kan bli olika beroende på erfarenheten hos kvalitetsgranskaren. För att stärka tillförlitligheten har vi under arbetets gång haft handledning och tillsammans med andra studenter och handledare haft ett flertal seminarier. En styrka med vår litteraturstudie är att vi är två personer som arbetat tillsammans, vilket enligt Polit och Beck (2004, s. 255) minskar risken för tolkning och ensidighet.

Studien har skett under begränsad tid vilket har varit ett hinder för att beställa hem artiklar som inte fanns i fulltext. Vi valde därför att endast beställa artiklar som vi fann i ett tidigt skede i litteratursökningen. Detta resulterade i ett mindre antal relevanta artiklar än om tiden skulle ha varit längre. Vi anser att resultatet i vår litteraturstudie kan vara överförbart till personer med andra sjukdomar eftersom sexualiteten är en viktig del i all omvårdnad.

Slutsatser

Sexualitet är ett område som är viktigt men som oftast glöms bort i omvårdnaden. Här har sjuksköterskan ett stort ansvar. I vår litteraturstudie framkom att personer som lever med stomi vill att sjuksköterskan ska ta upp ämnet. Genom att sjuksköterskan gör detta känns det mer naturligt för personerna att prata om sina tankar och problem med sexualiteten.

Förslagsvis kan PLISSIT-modellen användas för dessa samtal där sjuksköterskan lyssnar och ger råd till patienterna. Genom att uppmärksamma hur personer med stomi upplever sin sexualitet, kan vårdpersonal bemöta patienters sexuella problem med mer förståelse.

I och med denna litteraturstudie har vi uppmärksammat en brist på forskning om hur personer upplever sin sexualitet. För att få en djupare insikt i hur personer med sjukdom upplever sin sexualitet krävs mer forskning inom området.

Referenser

Artiklar som ingår i analysen är markerade med *

- Bredin, M. (1999). Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of women's experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1113-1120.
- Brown, H. & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 74-81
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- *Deeny, P. & McCrea, H. (1991). Stoma care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 39-46.
- Chow, J. (2004). Adolescents' perceptions of popular teen magazines. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 132-139.
- Claiborne, N. & Rizzo, M. (2006). Addressing sexual issues in individuals with chronic health conditions. *Health & Social Work*, 31, 221-224.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181.
- Dohnt, H. & Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young girls: the role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 141-151.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.
- Duchesne, J., Wang, Y., Weintraub, S., Boyle, M. & Hunt, J. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. *American Surgeon*, 68, 961-966.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Harrison, K. & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47, 40-67.
- Hatchett, L., Friend, R., Symister, P. & Wadhwa, N. (1997). Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 560-573.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.

- Janda, M., Obermair, A., Cellas, D., Crandon A.J. & Trimmel, M. (2004). Vulvar cancer patients' quality of life: a qualitative assessment. *International Journal of Gynecological Cancer*, 14, 875-881.
- *Kelly, M. (1992). Self, identity and radical surgery. *Sociology of Health & Illness*, 14, 390-415.
- Kralik, D., Koch, T. & Telford, K. (2001). Constructions of sexuality for midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 180-187.
- Lam, W. & Fielding, R. (2003). The evolving experience of illness for chinese women with breast cancer: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 12, 127-140.
- Landmark, B.T. & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 112-121
- Leit, R., Pope, H. & Gray, J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centrefolds. *International Journal of Eat Disorders*, 29, 90-93.
- Manderson, L. (1999). Gender, normality and the post-surgery body. *Anthropology and Medicine*, 6, 381-394.
- *Manderson, L. (2005). Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*, 61, 405-415.
- McQueen, A. (1997). Gynaecological nursing. *Journal of Advanced Nursing* 25, 767-774.
- Nicholls, R. J. (2002). Review article: ulcerative colitis – surgical indications and treatment. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16, 25-28.
- *Notter, J. & Burnard, P. (2006). Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 147-159.
- Nugent, K., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R. & Johnson C. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 42, 1569-1574.
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, L., Lappas, G. & Hultén, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 51-58.
- *Persson, E. & Hellström, A-L. (2002). Experiences of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 29, 103-108.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. (7:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of ostomy care. *Medsurg Nursing*, 15, 199-202.

- Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling*, 52, 333–339.
- *Rozmovits, L. & Ziebland, S. (2004). Expressions of loss of adulthood in the narratives of people with colorectal cancer. *Qualitative Health Research*, 14, 187-203.
- *Salter, M. (1992). What are the differences in body image between patients with a conventional stoma compared with those who have had a conventional stoma followed by a continent pouch? *Journal of Advanced Nursing*, 17, 841-848.
- Santos, V. & Sawaia, B. (2001). The Pouch acting as a mediator between “being a person with an ostomy” and “being a professional”: analysis of a pedagogical strategy. *Journal of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 28, 206-214.
- Sheppard, C. & Yylie, K. (2001). An assessment of sexual difficulties in men after treatment for testicular cancer. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 47-58.
- Taleghani, F. Yekta, Z. P. & Nasrabadi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 265–273.
- Trief, P., Sandberg, J., Greenberg, R., Graff, K., Castronova, N., Yoon, M. & Weinstock, R. (2003). Describing support: A qualitative study of couples living with diabetes. *Families, Systems & Health*, 21 , 57-67.
- WHO. *Gender and reproductive rights*. [www dokument]. URL http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html (hämtat den 13 maj 2007).
- Wilcox, K. & Laird, J. (2000). The impact of media images of super-slender women on women’s self-esteem: identification, social comparison, and self-perception. *Journal of Research in Personality* 34, 278–286.
- *Williams, J. (2006). Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. *British Journal of Nursing*, 15, 760-763.
- Willman, A. & Stolz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Wilmoth, M. (2006). Life after cancer: what does sexuality have to do with it? *Oncology Nursing Forum*, 33, 905-910.
- Woods, S. (2005). Respect for persons, autonomy and palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 243–253.