

SPL3902 Bacheloroppgave i sykepleie

Hvilke psykiske reaksjoner kan inntre hos nyopererte pasienter med stomi, og hvordan kan sykepleieren bidra til at disse aksepterer et endret kroppsbilde?

Kandidatnummer: 803

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

18.03.11 – 09.05.11

Vår 2011

Sammendrag av bacheloroppgaven

Tittel:	<u>Hvilke psykiske reaksjoner kan inntre hos nyopererte pasienter med stomi, og hvordan kan sykepleieren bidra til at disse aksepterer et endret kroppsbilde?</u>	Dato : 09.05.11
Kandidatnr:	<u>803</u>	
Veileder(e):	<u>Randi Tosterud</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord:	<u>Stomi, kroppsbilde, akseptasjon, tilpasning</u>	
Antall ord: 9789	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: nei
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Denne oppgaven omhandler hvilke psykiske reaksjoner som kan inntre hos pasienter med nylig anlagt stomi, og hvordan sykepleieren kan bidra til at disse aksepterer et endret kroppsbilde. Oppgaven er basert på litteratur og egne erfaringer fra gastrokirurgisk avdeling. Vårt resultat viser at stomipasienter gjennomgår en vesentlig endring av kroppen postoperativt. Stomioperasjonen kan også få konsekvenser for kroppsbildet. Hvordan sykepleieren kommuniserer med, informerer pasientene og viser en medmenneskelig holdning har mye å si for akseptasjonen og tilpasningen til stomien.</p>		

Abstract of bachelor thesis

Title:	<u>What psychological factors can occur with newly operated patients with a stoma, and how can the nurse help them accept an altered body image?</u>	Date: 09.05.11
Candidate number:	803 _____ _____ _____	
Supervisor(s)	<u>Randi Tosterud</u>	
Employer:	_____	
Keywords	<u>Stoma, body image, acceptance, adjustment</u>	
Number of words: 9789	Number of appendix: 2	Availability: confidential
Short description of the bachelor thesis:		
<p>This paper discusses the psychological reactions that may occur in patients with a newly operated stoma, and how the nurse can help them accept an altered body image. The thesis is based on literature and on own experiences from a gastro surgical department. Our results show that stoma patients undergo a significant change of the body after surgery. Stoma surgery may also affect body image. How the nurse interacts with, informs the patients and shows an acceptable attitude have a lot to say for the acceptance and adaptation to the stoma.</p>		

Innholdsfortegnelse

Ordforklaringer	4
1 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling	5
1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven.....	6
1.4 Formål.....	6
1.5 Hvordan skal oppgaven løses?.....	7
1.6 Oppgavens oppbygging	7
2 Metode.....	8
2.1 Fremgangsmåte i litteratursøk	8
2.2 Begrunnelse for valg av litteratur	9
2.3 Kildekritikk.....	10
3 Teoretisk referanseramme	13
3.1 Hva er en stomi?	13
3.2 Praktiske endringer etter en stomioperasjon.....	13
3.3 Konsekvenser for kropps- og selvbildet	14
3.4 Krise- og tapsreaksjoner	16
3.5 Mestrings- og forsvarsmekanismer.....	17
3.6 Sykepleiefaglig referanseramme.....	18
3.6.1 Joyce Travelbees sentrale begreper.....	18
3.7 Sykepleierens terapeutiske funksjon.....	20
3.8 Sykepleierens undervisende, veiledende og informerende funksjon.....	21
3.9 Holdningsetikk og yrkesetiske retningslinjer	22
3.10 Begrepet livskvalitet	23
4 Drøfting	24
4.1 Sykepleierens grunnforståelse	24
4.2 Undervisning, veiledning og informasjon som intervensjon	27
4.3 Mestring, mening og livskvalitet	30
5 Konklusjon	34
6 Etterord.....	36
7 Litteraturliste	37

8 Vedlegg 1 – PICO – skjema.....	i
9 Vedlegg 2 – Søking og resultater	ii

Antall ord: 9789

Ordforklaringer

Begrepene som beskrives her vil det også redegjøres for etterhvert i oppgaven.

Stomi: Kirurgisk anlagt åpning hvor tarm er ført ut gjennom huden (Norilco 2011).

Preoperative fase: Perioden fra det er bestemt at pasienten skal opereres, til han kjøres inn på operasjonsstua (Holm og Kummeneje 2009).

Postoperative fase: Perioden fra pasienten kjøres ut fra operasjonsstua, til han skrives ut fra sykehuset (Holm og Kummeneje 2009). Vi tenker oss at liggetiden er ca en uke.

Krise: Oppstår ved tap. I denne sammenheng mener vi tap av kontroll, kroppsdel, kroppsfunksjon og selvstendighet (Hummelvoll 2004).

Body image: Kroppsbilde (Bonde 2011).

Body reality: Den reelle og fysiske kropp (Bonde 2011).

Body presentation: Måten kroppen presenteres på ut ifra følelser, vilje og intensjoner i sosiale settinger (ibid).

Body ideal: Hvordan personen ønsker å se ut og oppfattes av andre (ibid).

Når vi tar i bruk begrepet **body image** i oppgaven, inngår de tre sistnevnte begrepene.

I oppgaven vil vi omtale sykepleieren som **hun**.

1 Innledning

Innledningsvis vil vi presentere og gi en begrunnelse for valg av tema og problemstilling. Deretter viser vi til en presisering og avgrensning av oppgaven, samt formålet med den. Til slutt kommer en disposisjon over oppgaven.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Vi er to sykepleierstudenter som har valgt å skrive avsluttende eksamen i sykepleie sammen. Eksamensoppgaven tar utgangspunkt i at vi begge har vært i praksis på samme gastrokirurgiske avdeling, og møtt pasienter som har fått anlagt stomi på grunn av tarmkreft. På avdelingen har vi sett hvilke psykiske endringer som skjer hos pasientene den første tiden etter operasjonen, og vi opplever at møtet med enkelte har vært utfordrende. Interessen for sykepleie til stomi-opererte er derfor særlig knyttet til hvordan pasienten reagerer på den kroppslige endringen og hvilke utfordringer det kan få for pasientens liv og sykepleien som gis. I denne sammenheng, har relasjonen mellom sykepleier og pasient, samt sykepleierens undervisende, veiledende og informerende funksjon vært et interessant tema å fordype seg i.

Vi synes også det er viktig med en belysning av temaet, fordi man kan møte stomipasienter ikke bare på sykehus, men også i hjemmetjenesten eller på sykehjemmet. Dessuten er akseptasjon av et endret kroppsbilde ikke bare aktuelt i forhold til den nyopererte stomipasienten, men også i forhold til andre pasientgrupper. Det kan være pasienter som har gjennomgått amputasjoner, pasienter med brannskader eller ansiktsskader. Kroppsbilde og selvbilde er temaer vi har hatt lite undervisning om på skolen, derfor er dette desto mer interessant å sette seg inn i.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

Vi vurderte flere temaer før vi kom fram til et tema som vi hadde interesse av å skrive om. Temaet er sykepleie til nyopererte stomipasienter på sykehus og vi har valgt følgende problemstilling:

- Hvilke psykiske reaksjoner kan inntre hos nyopererte pasienter med stomi, og hvordan kan sykepleieren bidra til at disse aksepterer et endret kroppsbilde?

1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven

I denne eksamensoppgaven har vi valgt å konsentrere oss om kvinner og menn i alderen 20-50 år som får stomi på grunn av kreft i kolon eller rektum. Den utvalgte aldersgruppen blir omtalt i de utvalgte artiklene. Likevel må vi påpeke at det er stomien og dens konsekvenser på kroppsbildet som er hovedfokuset. Vi ønsker ikke å skrive om en bestemt type stomi (ileo- eller kolostomi), heller ikke om den er permanent eller midlertidig anlagt. Videre har vi valgt å fokusere på den postoperative fasen på sykehus, på grunn av oppgavens omfang. Vi tør å hevde at en kort liggetid på sykehus vil gi begrensninger for den sykepleien som gis, men hvordan pasienten tilpasser seg situasjonen er veldig individuelt.

I oppgaven ønsker vi å få økt kunnskap om de psykiske reaksjonene som kan inntre i forhold til kroppsbildet hos nyopererte stomipasienter på sykehus. I denne sammenheng er sykepleierens kommunikative og informative egenskaper, samt holdninger i møte med pasienten særdeles viktig. God preoperativ informasjon er viktig, noe vi har påpekt i oppgaven. Vi ønsker ikke å gå i dybden på det praktiske som gjelder stell av stomi, valg av stomiutstyr, sykepleierens observasjoner av stomien eller ernæringsråd. Stell av stomien nevnes i drøftingsdelen som en del av det å akseptere et endret kroppsbilde postoperativt. Vi ser også bortifra de forholdene som preger den postoperative pasienten som blant annet kvalme, smerter og sykepleietiltak. Betydningen av at pasienten har familie og andre pårørende er påpekt i oppgaven. Dette gjelder også muligheten for at pasienten får kontakt med pasientforening (Norilco).

1.4 Formål

Formålet med oppgaven er å drøfte den litteraturen vi finner med relevans for problemstillingen. Vi ønsker å finne ut hvilke psykiske reaksjoner som kan inntre hos stomipasienter knyttet til det å få et endret kroppsbilde. Videre er hensikten å finne ut hvordan sykepleieren kan bidra til at disse pasientene kan akseptere dette. Vi tenker oss ikke at målet er at pasienten skal få økt livskvalitet, da vi mener dette er et langsiktig

mål, men vi skal hjelpe pasienten på rett vei mot en akseptasjon. Gjennom oppgaveskrivingen ønsker vi å få økt kunnskap om betydningen av gode kommunikative og informative ferdigheter, samt gode holdninger i møte med pasienten. Vi ønsker også å få økt innsikt i hvordan pasienten kan reagere på den dyptgripende og kroppslige forandringen.

1.5 Hvordan skal oppgaven løses?

Vi ønsker å belyse problemstillingen ved bruk av utvalgt litteratur og egne erfaringer.

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i fem hoveddeler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. Innledningsvis presenterte vi og ga en begrunnelse for valg av tema og problemstilling. Vi gjorde også en presisering og avgrensning av oppgaven og pekte på formålet med den. I metoddelen som følger, gjør vi rede for framgangsmåten i litteratursøk og gir en begrunnelse for valg av litteratur. Vi viser også til kildekritikk. I teoridelen presenterer vi relevant litteratur med sentrale begreper som kan bidra til å belyse tema og problemstilling. I drøftingsdelen drøfter vi den teorien vi har kommet fram til og trekker fram ulike sider. I konklusjonen skal vi prøve å synliggjøre de funnene vi har kommet fram til i oppgaven. Til slutt gjør vi en evaluering av arbeidet vårt i etterordet.

2 Metode

I dette kapittelet vil vi forklare måten vi har gått frem for å finne litteratur. Vi vil gi en begrunnelse for valg av litteratur og komme med kildekritikk.

Oppgaven bygger på litteratur som metode. Det betyr at litteraturen er informasjonskilden som tas i bruk for å besvare problemstillingen. Metoden er fremgangsmåten man benytter for å framstille kunnskap eller etterprøve påstander med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland 2007). Metode er altså noe som skal hjelpe oss i å samle inn og analysere data til bruk i oppgaven (Bjørk og Solhaug 2008).

2.1 Fremgangsmåte i litteratursøk

Vi har brukt både pensum- og selvvalgt litteratur. Vi har hovedsakelig fokusert på å finne bøker og artikler som belyser tema og problemstilling i et sykepleiefaglig perspektiv. Dette gjelder teori fra sykepleievitenskap, natur- og samfunnsvitenskap.

På leting etter selvvalgt litteratur har vi søkt på Høgskolen i Gjøvik sine databaser etter artikler, samt på søkemotoren BIBSYS, som er tilgjengelig fra høgskolebibliotekets nettsider. BIBSYS er særlig aktuell for innhenting av opplysninger om lærebøker, mastergradsoppgaver og avhandlinger (Bjørk og Solhaug 2008). Vi har fått god hjelp fra personalet på høgskolebiblioteket i søk i databasene og i BIBSYS. I søkene i BIBSYS har vi brukt relevante søke- og emneord på norsk og engelsk: stomi (stoma), selvbilde (self image), kroppsbilde (body image), kriser (crises). Ellers har vi søkt på Joyce Travelbee, fordi vi har kjennskap til henne fra før i sykepleierutdanningen og Johan Cullberg, fordi vi har funnet referanser til han i pensumbøker som omhandler kriser og krisefaser.

Den selvvalgte litteraturen har vist at den engelske sykepleier Bob Price har blitt mye brukt. Google Scholar ble brukt for å søke opp navnet hans. Der fant vi en artikkel som ble brukt til å søke opp i ISI Web of Science.

Et systematisk litteratursøk er blitt gjort i databasen Academic Search Elite. ISI Web of Science ble brukt til å søke opp Bob Price sin artikkel.

Vi har benyttet oss av et PICO-skjema for å få en bedre struktur på litteratursøket (Bjørk og Solhaug 2008). Se vedlegg 1.

Disse søkeordene ble benyttet på engelsk: Stoma, body image, self image, coping, acceptance, adjustment. Ikke alle søkeordene ble brukt i Academic Search Elite, da artiklene vi fant var relevante for oppgaven. Søkeordene er blitt brukt sammen og i ulike kombinasjoner i avansert søk. Vi har hovedsakelig ledd etter artikler i fulltekst ved å avgrense søkene. I søkene har vi også inkludert "and" for å få mindre artikler å velge mellom. Søkene i Academic Search Elite er videre avgrenset fra å gjelde 2005 til 2011, for å få de nyeste og mest oppdaterte artiklene. Se vedlegg 2 for en oversikt over søkeprosessen.

Vi har ellers hatt uformell kontakt via mail med Norilco som er Norsk forening for stomi- og reservoaropererte. Norilco er tilsluttet Kreftforeningen og har en grunntanke om at opererte som har tilpasset seg en ny hverdag med stomi kan være til hjelp for andre som står foran eller som allerede har gjennomført en operasjon. Foreningen har vært hjelpsomme med å sende oss brosjyrer om stomi. Vi har også vært i kontakt med ReMed hvor vi har fått tak i brosjyrer om temaet.

2.2 Begrunnelse for valg av litteratur

Den utvalgte teorien er basert på at den skal kunne belyse sentrale begreper i problemstillingen. Temaet stomi og det praktiske rundt dette er mye omtalt i litteraturen, men de psykiske reaksjonene som kan sees ved et endret kroppsbilde er det derimot skrevet mindre om. Dette har gjort at vi har måttet tatt i bruk både engelsk, dansk og svensk litteratur, i tillegg til den norske.

De utvalgte engelske artiklene mener vi derfor utfyller den litteraturen som finnes i fagbøkene. To av de valgte artiklene har brukt en systematisk gjennomgang som metode av den litteraturen som allerede finnes om stomi. Brown og Randle (2005) tok for seg

sykepleielitteraturen fra 1990 til publiseringsdato. De fokuserte særlig på de psykologiske og sosiale konsekvensene av å få stomi. Thorpe, McArthur og Richardson (2009) valgte ut 11 artikler etter et systematisk litteratursøk i databaser. Formålet var å finne ut hvordan opplevelsen av kroppslige endringer som en følge av en stomioperasjon er blitt utforsket og tolket gjennom eksisterende kvalitativ forskning. Simmons m.fl (2007) brukte spørreskjemaer og gjennomførte intervju av 51 pasienter med kolostomi i tidsrommet 2000-2002. Hensikten var blant annet å undersøke tilpasningen og akseptasjonen til stomi. Price (1990a) foreslår en modell for *body image care* som skal hjelpe sykepleieren i vurderingen av et endret kroppsbilde.

Begrepet *body image* utviklet av den engelske sykepleieren Bob Price, har vist seg å være mye omtalt i den utvalgte litteraturen som omhandler stomi. Dette vekket vår interesse til å finne primærlitteratur som han har skrevet, samtidig som vi også har brukt tolkninger av hans begrep av andre forfattere. Med primærlitteratur menes førstehandskilden som er skrevet av originalforfatteren, mens sekundærlitteratur inneholder tolkninger av andres arbeid og er presentert av andre forfattere (Dalland 2007).

Av primærlitteratur har vi tatt i bruk utvalgte yrkesetiske retningslinjer og lover som kan sees som relevante i forhold til sykepleierens plikt til å gi informasjon og de retningslinjer som regnes som etisk akseptabelt i relasjon med pasienten. Vi har også tatt i bruk to hovedoppgaver som omhandler stomiopererte og deres oppfattelse av kropps- og selvbilde.

Marit Kirkevold og Kristoffersen m.fl sine tolkninger av Travelbee har blant annet blitt brukt som sekundærlitteratur. Travelbee skriver om de mellommenneskelige relasjoner, noe som har vist seg å være aktuelt for sykepleieren å anvende for at stomipasienten skal kunne akseptere et endret kroppsbilde.

2.3 Kildekritikk

Gjennom kildekritikk skal vi fastslå om kildene vi bruker er pålitelige og om de lar seg bruke til å svare på vår problemstilling (Dalland 2007). Vi har brukt mye tid på å

orientere oss i litteraturen. Noe av litteraturen som omhandler kroppsbilde er blant annet knyttet opp mot spiseforstyrrelser, kroppsbilde blant barn og ungdom og kroppsbilde i idrettsmiljøer. Noe av dette har vi kunnet overført og brukt i vår oppgave, da vi mener dette kan ha likhetstrekk med stomioperertes kroppsbilde.

Bruken av sekundærlitteratur har vært framtrødende i den utvalgte litteraturen. Vi har derfor jobbet iherdig med å få tak i den primærlitteraturen vi syntes var relevant i forhold til tema og problemstilling. Likevel har vi måttet tatt i bruk noen sekundærkilder, på grunn av tidsbegrensning og at det i perioder har vært veldig utplukket på høgskolebiblioteket. Noe har vi måttet bestilt fra andre høgskoler og noe er blitt reservert. Litteraturen av Lazarus og Folkman har vært vanskelig å få tak i.

Vi er oppmerksomme på at det opprinnelige perspektivet ved bruk av sekundærlitteratur kan ha endret seg og at det kan gi mulighet for misforståelser og fortolkninger. Dette gjelder også våre utvalgte engelskspråklige artikler utgitt i UK, samt bøker på svensk og dansk. Ved bruk av disse kan kulturen være forskjellig fra den norske. Likevel mener vi den kan sammenlignes og overføres til norske forhold. Oversettelse av engelsk tekst kan også gi rom for at original teksten blir tolket feil. I forhold til valg av sykepleieteoretiker så har vi valgt Marit Kirkevold sin tolkning av Joyce Travelbee i boken *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Vi har også tatt i bruk Joyce Travelbees bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* som er oversatt til norsk.

Mesteparten av bøkene vi har brukt er publisert etter år 2000, mens noen få er fra 1996. Bob Price sin artikkel er fra 1990, men er valgt på bakgrunn av at flere har referert til han i nyere litteratur, senest i 2011. Dette kan muligens bety at det ikke finnes noen nyere litteratur om kroppsbilde og stomi.

Vi anser den utvalgte litteraturen som valid, da noe er oppført på høgskolens pensumliste og utgitt fra kjente norske forlag. De utvalgte artiklene er søkt i databaser tatt fra tidsskrifter som *Journal of advanced nursing* og *Journal of clinical nursing*. Disse regner vi som sikre, da de har gjennomgått en kvalitetsvurdering. Vi synes det har vært vanskelig å avgrense søkene knyttet til diagnose og alder. Forsøk på å gjøre dette gjorde at vi fant fram til samme artikler. Det kan være at vi trenger bedre trening i søke på

databasene, noe som kan påvirke resultatene i den forstand at vi kan ha oversett viktig og relevant litteratur. Likevel anser vi de utvalgte artiklene som aktuelle for problemstillingen, da det er stomien og det endrede kroppsbildet som er i fokus.

3 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet vil vi synliggjøre den utvalgte teorien som tas i bruk i oppgaven i relasjon til problemstilling og tema. Her vil vi også klargjøre og utdype sentrale begreper som danner grunnlaget for drøftingsdelen. Vi har valgt å holde teori- og drøftingsdelen atskilt, da vi synes det blir mer oversiktlig.

3.1 Hva er en stomi?

Ordet stomi kommer fra det greske ordet stomato og betyr åpning eller munn (Christiansen 2000). Ved hjelp av et kirurgisk inngrep blir tarmen tatt ut og vrent gjennom en åpning i huden og sydd fast, og det er dermed innsiden av tarmen vi ser. Stomien er uten smertereseptorer og mangler lukkemuskel, noe som vil gjøre at pasienten ikke har kontroll på verken flatus eller avføring (Aae 2001). Uttrykket kunstig kroppsåpning blir ofte brukt når tarm eller urinvei blir ført ut til overflaten av huden. Formålet med stomien er å avlaste eller erstatte et sykt organ. Det kan være å lede avføringen ut når rektum er fjernet eller angrepet av sykdom (Norilco 2011). Stomien kan anlegges midlertidig, eller permanent (Aae 2001). Størstedelen av stomiene er permanente og leges ikke (Bonde 2011).

Den vanligste årsaken til kirurgisk anleggelse av stomi er som følge av kreft i colon eller rektum (Bonde 2011). Andre årsaker kan være medfødte tilstander, betennelsestilstander eller utposninger (Christiansen 2000). Thomsen (2000) hevder at dersom årsaken til anleggelse av stomi er kreft, vil det være nødvendig med operasjon. Det kan dreie seg om bare noen få dager, noe som muligens kan gjøre det vanskeligere for pasienten å akseptere konsekvensene.

3.2 Praktiske endringer etter en stomioperasjon

Å få anlagt stomi fører til en rekke kroppslige og praktiske forandringer som pasienten etterhvert må lære seg å leve med. Stomien gjør at pasienten ikke lenger har mulighet til å kontrollere avføring og luftavgang. Tarmen kan tømme seg ukontrollert når og hvor som helst. For pasienten vil det være nødvendig å ha en pose på magen for å samle opp avføring som etterhvert må tømmes, skiftes og stelles med jevne mellomrom. De

praktiske endringene stomien medfører kan også bidra til å gi utfordringer i forhold til klesplagg og for noen kan det bli nødvendig å forandre garderoben. De praktiske endringene etter en stomioperasjon kan for mange være en stor omstilling og vanskelig å akseptere (Aae 2001).

3.3 Konsekvenser for kropps- og selvbildet

Stomien gir ikke bare praktiske endringer, men kan også gi konsekvenser for kropps- og selvbildet. Ifølge Christiansen (2000) er ikke endringer i kroppsbildet til å unngå etter en stomioperasjon og er særlig relatert til tap av en kroppsdel eller kroppsfunksjon. Thomsen (1996) fant i sin studie at frykten for varig sykdom og endring med synlig avføring og tarm etter operasjonen, samt tap av kontroll over avføring og selvstendighet er faktorer som virker negativt på kroppsbildet. Samtidig så er det viktig å være klar over at de reaksjonene som inntreffer og hvordan kroppen blir oppfattet er svært individuelt og personlig (Price 1990a).

Begrepet *Body image* er blitt utviklet av den engelske sykepleieren Bob Price. Begrepet defineres slik:

Body image is the way in which we perceive and feel about our body (body reality), how it responds to our command (body presentation) and includes an internal standard by which both are judged (body ideal) (Bonde 2011, s. 306).

Price beskriver tre dimensjoner ved begrepet *Body image* som kan relateres til den stomiopererte:

1. *Body reality*: Betegner den enkeltes kroppsstruktur (den fysiske kropp), tynn eller tykk, høy eller lav (Renolen 2008). *Body reality* er kroppens objektive framtoning. Den er i høy grad genetisk bestemt og påvirkes dessuten av hvordan vi bruker kroppen og pleier den (Bonde 2011).
2. *Body ideal*: Betegner hvordan personen ønsker å se ut og oppfattes av andre. *Body ideal* påvirkes gjennom oppvekst, kultur og utdanning og særlig gjennom det som preger det offentlige (reklame og trender). "Normer og omgivelser

spiller en rolle for hvordan en persons body ideal er og hvilke normer, udseende og fremtræden personen anser for ønskelige” (Bonde 2011, s. 307).

3. *Body presentation*: Referer til den måten kroppen presenteres. Body presentation handler ikke bare om hva slags klær man har på seg, men også måten personen beveger seg og viser seg fram på ut ifra følelser, vilje og intensjoner i sosiale settinger.

En plutselig forandring med sykdom (f.eks utlagt tarm) kan bidra til å forstyrre balansen mellom de tre dimensjonene (ibid). Price (1990b) påpeker at sykepleieren er i en unik posisjon til å bistå pasienten med å oppnå et tilfredsstillende *body image*. Det kreves blant annet av sykepleieren at hun er bevisst på sitt eget kroppsilde og hvorvidt hun føler seg sikker i møte med pasienten.

Kroppsildet er et viktig aspekt ved selvbildet, fordi synlige endringer i kroppen kan gi endringer i synet på oss selv. Selvbildet er den måten vi evaluerer oss selv i en positiv eller negativ retning (Renolen 2008). Håkonsen (2003) definerer selvet som summen av våre oppfatninger og våre tanker om oss selv som individ og i forhold til våre evner og særegenhet i livet. Når deler av det fysiske selv ikke fungerer som det skal, kan selvbildet slå alvorlige sprekker (Hummelvoll 2004). Når både kropps- og selvbildet endres kan stomien ikke bare gi utfordringer i forhold til samliv og seksualitet, men kan også føre til psykososiale problemer. Dette kan igjen føre til depresjon og psykose (Aae 2001).

Funn i studier gjort av Thorpe, McArthur og Richardson (2009) identifiserer tre temaer knyttet til dannelsen av stomi:

1. Loss of embodied wholeness: Den kroppslige forandringen gjør at kroppen ikke lenger blir oppfattet som en helhet. Det blir et avbrudd i forholdet mellom kropp og sinn. I praksis kan stomipasienten avvise kroppen som en del av selvet. Som et resultat av avvisningen kan pasienten føle seg fremmedliggjort i sin egen kropp, fordi den ikke lenger ser ut, eller opptrer som den en gang var. Pasienten kan distansere seg fra kroppen.
2. Awareness of a disrupted lived body: Bevisstheten rundt stomidannelsen kan både berøre det kroppslige utseendet, funksjon og følelse.

3. Disrupted bodily confidence: Den kroppslige tilliten er særlig påvirket av det offentlige. Frykten for at stomien skal vises og hvordan andre skal se på den er faktorer som kan føre til sosial tilbaketrekning.

3.4 Krise- og tapsreaksjoner

Vi har i forrige kapittel blant annet skrevet at endringer i kropps- og selvbilde er særlig relatert til tap av en funksjon eller kroppsdel. Tap av kontroll og selvstendighet, samt varig sykdom og endringer er noe som truer individet. Sortland (1996) kommer fram til i sin hovedoppgave at tap er noe som kan relateres til å omfatte både fysiske objekter (tap som en del av kroppen), psykiske helheter (tap av selvbilde, sosial status, idealer) eller ytre verdier. I tillegg truer kreftdiagnosen om tap av selvet og dermed en utvikling av krise. Tap defineres altså som en opplevelse av å miste noe, enten i form av noe helt konkret eller noe mer symbolsk (Håkonsen 2003). Opplevelsen av tap eller trussel om tap er en av de vanligste utløsende faktorer ved kriser (Hummelvoll 2004).

Tap av en kroppslig funksjon og trusler om tap gjør det naturlig for mange å havne i en krise, der personen ikke lenger kan benytte seg av sine kjente og vanlige metoder for å finne en løsning på en situasjon. En krise oppstår i situasjoner når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige (Håkonsen 2003).

Et vanlig kriseforløp deles inn i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Vi tenker oss at de to første fasene muligens kan være de som er mest aktuelle i den postoperative perioden. Vi velger derfor å definere disse her:

Sjokkfasen er den første tiden i kriseforløpet og kan vare fra noen minutter til flere dager. Pasienten er ikke i stand til å bearbeide hendelsen, og under overflaten kan det ofte være kaos. Noen reagerer med sorgreaksjoner, angst eller fortvilelse og de har vanskeligheter med å forstå og huske hva som har skjedd.

I *reaksjonsfasen* tar personen virkeligheten mer inn over seg. De to første fasene utgjør til sammen den akutte fase. Det er når personen begynner å se hva som har skjedd at forsvarsmekanismene blir mobilisert. Reaksjonene kan ofte vises som gråt, depresjon,

fortvilelse, søvnevansker og manglende initiativ. Personen forsøker å finne mening i den kaotiske situasjonen. Fasen kan vare fra uker til måneder (Cullberg 2007).

3.5 Mestrings- og forsvarsmekanismer

Individet reagerer prinsipielt på to måter når han eller hun står overfor en krise. Begge måter er preget av både defensive og adaptive egenskaper. Personen kan reagere fornuftig, *bevisst* og realistisk via mestringsmekanismer, eller *ubevisst* via forsvarsmekanismer (Hummelvoll 2004). De sistnevnte mekanismer er normale og nødvendige for mennesket og hjelper oss til forsoning med en konflikt (Aae 2001). Forsvarsmekanismene inntre når trusselen om tap av selvbilde er et faktum. Reaksjonene tjener dermed som forsvar mot et truet selvbilde og bidrar til å hindre opplevelsen av angst.

Mye energi kan bli brukt til selvforsvar, og mekanismene kan på denne måten bidra til å redusere arbeidskapasiteten, fortrenge virkeligheten og evnen til å oppleve gode mellommenneskelige forhold (Hummelvoll 2004). Slike ubevisste mekanismer kan inntre hos den stomiopererte og hensikten med dem er altså at de skal forsvare selvbildet (Aae 2001).

Noen av de vanligste, ubevisste forsvarsmekanismene er: fortrenkning, rasjonalisering, projeksjon, regresjon og benektning. Dette er reaksjoner som kan inntre hos den stomiopererte (Sortland 1996). Vi ønsker å utdype fortrenkning og benektning, da det er disse som viser seg å være de vanligste forsvarsmekanismene (Håkonsen 2003).

Fortrenkning dreier seg om at personen ikke vil vedkjenne seg bestemte tanker, følelser og impulser. Disse blir skjøvet bort fra bevisst erkjennelse.

Benektning inntre når opplevelsen blir for vanskelig å akseptere. Personen nekter å erkjenne realitetene (Håkonsen 2003; Hummelvoll 2004).

Mens forsvarsmekanismene dreier seg om ubevisste teknikker som dannes i forsøk på å forsvare individet, dreier mestring seg om den bevisste måten individet forholder seg til

og løser en situasjon eller hendelse som medfører ubehag eller trussel mot ens integritet (Håkonsen 2003).

Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedformer for mestring: problemfokuset og følelsesmessig fokusert mestring.

Ved *problemfokusert mestring* setter individet fokus på problemet og den aktuelle situasjon og prøver å finne en løsning.

Med *følelsesmessig fokusert mestring* forsøker man å eliminere eller redusere de følelsesmessige problemene uten å måtte endre på situasjonen (Håkonsen 2003).

3.6 Sykepleiefaglig referanseramme

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori, fordi hun fokuserer på de mellommenneskelige aspektene innenfor sykepleien. Hensikten og målet er å hjelpe individet til å mestre, bære og finne mening i de ulike livserfaringene.

3.6.1 Joyce Travelbees sentrale begreper

Det sentrale i Travelbees sykepleieteori er sykepleiens mellommenneskelige prosess der:

(...) den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999, s. 29).

Joyce Travelbees sykepleieteori er bygget på eksistensialistisk filosofi, som fremheves i begrepene individ, lidelse, mening, håp, menneske-til-menneskeforhold og kommunikasjon. Terapeutisk bruk av seg selv er også kjent i sykepleiesammenheng (Kirkevold 1998). I det følgende vil vi presentere noen av Travelbee's sentrale begreper. Kommunikasjon og terapeutisk bruk av seg selv blir presentert i neste kapittel.

Travelbee ser på mennesket som et unikt og uerstattelig individ. Som en uungåelig del av menneskelivet tar individet del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer, slik som sykdom, lidelse og tap. Hvordan individet reagerer og opplever disse erfaringene er høyst personlig og bare dets eget. Mennesket reagerer forskjellig på lidelse og reaksjonene kan derfor knyttes opp mot spørsmålene “hvorfør meg?” og “hvorfør ikke meg?”. Sistnevnte reaksjon er en akseptasjon og en uvanlig reaksjon på sykdom og lidelse.

Travelbee hevder videre at det å finne mening og mestring med sykdom og lidelse er av fundamental betydning, det vil si at mennesket har en viss evne til å søke etter mening. På denne måten kan mening knyttes til personlig vekst og utvikling (Kristoffersen 2005, bind 4). Mening blir videre forstått som en slags styrke i individet selv og er uatskillelig fra den situasjonen personen måtte befinne seg i. Mening gir livet betydning og individet trenger ofte hjelp til å finne den (Kirkevold 1998).

Sykepleiens viktigste mål og hensikt er derfor ifølge Travelbee å hjelpe individet eller familien til å mestre, bære og finne mening i de ulike livserfaringer som følger med lidelse og sykdom.

Sykepleieren er også en endringsagent og står alltid i en hjelpende prosess, som vil si at sykepleieren har som mål å få til forandringer som kan forebygge eller mestre sykdom og lidelse hos individet. Ved sykepleiens hensikt ligger også håpet. Det er ved å understøtte håpet at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å mestre lidelsen i større grad. Et element ved håpet er menneskets tillit til omverdenen. Får mennesket sine behov imøtekommet av omgivelsene, bevares opplevelsen av tillit og håp. Et annet element ved håpet er mot som beskriver individets evne til å holde ut i vanskelige situasjoner (Kristoffersen 2005, bind 4).

For å oppnå hensikten med sykepleien er etableringen av et menneske-til-menneskeforhold mellom to likeverdige parter et faktum. Forholdet etableres etter flere interaksjonsfaser: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Vi har valgt å utdype disse fasene:

Empati viser evnen til å kunne gå inn i den andres tanker og følelser – psykologisk tilstand i et bestemt øyeblikk. Kjenne den andre. Resultatet er evnen til å forutsi individets handling. Forutsetningen er at de involverte parter har like erfaringer. *Sympati* er steget videre fra den empatiske prosessen. Sympati er ekte bekymring for den lidende og ønske om å avhjelpe den. En type tanke, følelse og holdning. Sympati er en form for omsorg. *Gjensidig forståelse og kontakt* er fasen hvor oppnåelsen av nær, gjensidig forståelse og kontakt er preget av at partene deler noe meningsfullt (Kirkevold 1998).

3.7 Sykepleierens terapeutiske funksjon

I dette kapittelet velger vi å presentere Travelbee videre, da hun fokuserer på kommunikasjonen som er et av de viktigste redskapene sykepleieren har og kreves for å oppnå sykepleiens hensikt. Kommunikasjon kommer av det greske ordet *communis* som er grunnlaget for verbet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med, formidle (Stordalen 2009). Gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med pasienten som person og følelser og tanker formidles (Kristoffersen m.fl 2005, bind 4).

Travelbee hevder at innholdet i kommunikasjonen skal være velgjørenhet og krever forskjellige evner slik som blant annet evnen til å *bruke seg selv terapeutisk*. Dette innebærer en bevisst bruk av personlighet og kunnskap i samhandling med pasienten (Kirkevold 1998). Begrepet krever også at sykepleieren har god selvinnsikt og selvforståelse, samt evne til å være oppmerksom på hvordan ens egen og andres atferd innvirker på andre. Hensikten er å fremme en ønsket forandring hos pasienten slik at plagene kan lindres eller reduseres (Kristoffersen m.fl 2005, bind 4).

Som sykepleier må en ha gode ferdigheter for å kunne samhandle på en god måte. God kommunikasjon er med på å skape trygghet, tillit og bygge opp relasjoner mellom pasienten og sykepleieren (Stordalen 2009). Studier gjort av Brown og Randle (2005) viser blant annet at bruk av kommunikasjon kan bidra til å fremheve positive følelser hos pasienter med stomi.

Det vi sier med ord er verbal kommunikasjon, og er det vi bruker når vi skal formidle et budskap. Kommunikasjon handler også om mye mer enn bare ord. Kroppsspråket, blikk, kroppsbevegelse, øyekontakt, holdninger og hvordan vi bruker stemmen utgjør

også en del av kommunikasjonen. Dette kalles nonverbal kommunikasjon og er kanskje det dypeste og viktigste kontaktgrunnlaget mellom mennesker. En del av den nonverbale kommunikasjon er bruk av sanseapparatet som er nødvendige for å gjøre gode pasient observasjoner (Stordalen 2009).

En form for nonverbal og hjelpende kommunikasjon er aktiv lytting. Aktiv lytting dreier seg om å være aktivt til stede og ta ansvar i forhold til den andre. Man skal bruke hele kroppen, både verbalt og nonverbalt. En skal være henvendt, oppmerksom og tilstedeværende for den andre, og kan gjerne komme med små kommentarer underveis. Aktiv lytting kan gi styrke og mot for pasienter i vanskelige situasjoner (ibid). Studier av Brown og Randle (2005) viser dessuten at aktiv lytting og oppmuntring kan bidra til bedre pasientdeltagelse. Samtidig viser det seg at beslutningsprosessene bare kan styrkes når pasienten blir gitt en forståelig informasjon.

3.8 Sykepleierens undervisende, veiledende og informerende funksjon

Sykepleieren har en veiledende, undervisende og informerende funksjon i møte med stomipasienten. Ifølge Tveiten (2008) er veiledning og undervisning, samt det å gi informasjon pedagogiske metoder som har mange likhetstrekk.

En av de viktigste kommunikative oppgavene er å gi informasjon og veiledning. I samhandling med pasienten står sykepleieren særlig overfor tre hovedoppgaver. Den første oppgaven dreier seg om å finne ut hva pasienten trenger av informasjon. Deretter innhente, planlegge og sette mål i samarbeid med pasienten. Til slutt er det viktig å informere på en god måte gjennom dialog med pasienten. Et viktig mål med informasjonen som gis er å fremme økt kontroll og mestring hos pasienten ved hjelp av en fullstendig, forutsigbar og forståelig formidling (Eide og Eide 2007).

Kravet på informasjon i forkant av operasjonen er lovpålagt i pasientrettighetsloven (1999) § 3-2, der det står at pasienten skal "(...) ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (...)". Det er også lovpålagt at "den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (...)". (Helsepersonelloven 1999 § 10). God

informasjon før et kirurgisk inngrep vil bidra til å gjøre at den postoperative perioden oppleves lettere for pasienten (Tveiten 2008). God preoperativ informasjon er altså en viktig faktor for at pasienten skal kunne håndtere en ny livssituasjon med stomi.

Å legge til rette for læring og mestring hos pasienten innebærer mange vurderinger og valg; tid, sted, innhold og metoder. Før undervisningsprosessen finner sted bør man vite noe om målpersonens kunnskapsgrunnlag. Innholdet i undervisningsprosessen bestemmes hovedsakelig ut ifra hensikten, som kan være konkrete og realistiske mål som sørger for at pasienten blant annet oppnår mestring med sin tilværelse. Tidspunktet er viktig for å oppnå hensikten, fordi det kan bidra til å gi opplevelse av å ha innflytelse på egen situasjon. Samtidig bør man velge et tidspunkt der pasientens konsentrasjon er på topp og der sykepleieren setter av tid. I en hektisk hverdag er ikke alltid dette så lett. Valg av sted bør muligens foregå i skjermede og rolige omgivelser den første tiden pasienten skal venne seg med sin stomi, fordi forstyrrende faktorer kan bidra til å redusere muligheten for læring.

Å veilede og undervise pasienter i grupper kan ha en positiv og helsefremmende effekt (Tveiten 2008). At pasienten får kontakt med en pasientorganisasjon (Norilco – Norsk forening for stomi- og reservoaropererte) kan være positivt, fordi han eller hun kan møte andre som befinner seg i samme situasjon (Aae 2001).

3.9 Holdningsetikk og yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er regler og retningslinjer for etisk akseptabel atferd i yrkesutøvelsen som sykepleier. Retningslinjene sier ikke noe om hvordan en situasjon skal løses, men angir hvilke verdier som ligger til grunn (Slettebø 2009). Vi velger å vise til disse yrkesetiske retningslinjene:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Sykepleieforbundet 2010).

Å vise respekt er viktig og kan være samsvarende med det å vise høflighet, ta pasienten på alvor og lytte til det han eller hun har å si (Slettebø 2009). Å møte pasienten med en aksepterende og medmenneskelig holdning den første tiden etter operasjonen er viktig, fordi det kan bidra til å gi trygghet for å bygge opp et godt, nytt selvbilde (Aae 2001).

En holdning er en spesiell måte å reagere på i møte med andre mennesker, ting eller hendelser. De har stor innflytelse på atferden og betegnes som å være vurderende, dømmende eller evaluerende i en positiv eller negativ retning (Håkonsen 2003). Hummelvoll (2004) påpeker at det kroppslige ideal (*body ideal*) påvirkes nettopp av holdninger. Å møte stomipasienten med gode holdninger i den postoperative fasen er derfor særdeles viktig.

3.10 Begrepet livskvalitet

Livskvalitet blir definert som et subjektivt fenomen, og det fins flere ulike definisjoner. Begrepet er dermed knyttet til enkeltpersoner, og personer har ulike oppfatninger om hva som er god livskvalitet for den enkelte, da vi har forskjellige verdier og behov (Næss 2001).

Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv (...). En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative (Næss 2001, s. 10).

4 Drøfting

Innledningsvis presenterte vi denne problemstillingen:

- Hvilke psykiske reaksjoner kan inntre hos nyopererte pasienter med stomi, og hvordan kan sykepleieren bidra til at disse aksepterer et endret kroppsbilde?

Sentralt i vår problemstilling er akseptasjon av et endret kroppsbilde. Vi opplever at dette ikke er en enkel oppgave, men vi ønsker å drøfte problemstillingen i lys av Travelbees sykepleieteori. Samtidig vil vi trekke inn sykepleierens pedagogiske funksjon og dens betydning for den stomiopererte. I tillegg påpekes betydningen av gode holdninger. Vi håper at dette kan bidra til å møte pasienten på veien til å akseptere et endret kroppsbilde. De psykiske reaksjonene som kan inntre knyttet til kroppsbildet blir drøftet underveis.

4.1 Sykepleierens grunnforståelse

Aae (2001) hevder at før sykepleieren møter pasienten med stomi i den nyopererte fasen er det viktig at hun vet om og har kjennskap til de ubevisste forsvarsmekanismene, samt krise- og tapsreaksjonene som kan oppstå over tapet av en naturlig funksjon og kroppsdeler. Sykepleieren bør ha kunnskaper om stomi og vite at det vil være nødvendig for pasienten å tilpasse seg en del praktiske endringer. I tillegg vil kreftdiagnosen bidra til å påvirke hvordan pasienten aksepterer sin nye tilværelse (jmf. 3.1 og 3.2). Dette påpekes i studier hvor det beskrives at det å få stomi på grunn av kreft oppfattes som et dobbelt traume, sorg eller trussel (Thomsen 1996; Sortland 1996).

Sykepleieren bør være bevisst på sine egne holdninger og kommunikasjon i møte med stomipasienten. Det går blant annet ut på at en skal være klar over sitt eget kroppsspråk, hvordan en bruker stemmen, blikket, kroppsholdningene og kroppsbevegelsene i samarbeid med pasienten (Stordalen 2009). Gjennom blikket ønsker vi å ha øyekontakt, men uten å stirre. Vi ønsker å være henvendt til den andre ved at vi lener oss frem, kanskje setter oss ned ved sengen. Å vise at vi følger med på hva pasienten sier kan vi

bekreftede ved et nikk eller et “mm”. Dette er nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide 2007).

Sykepleierens viktigste redskap er i følge Travelbee kommunikasjon. Innholdet i kommunikasjonen er blant annet evnen til å bruke seg selv terapeutisk for å imøtekomme pasientens behov (jmf.3.7). Vi tør å hevde at pasienten har behov for støtte i en nyoperert fase. Dette er noe som påpekes av Brown og Randle (2005) hvor støtte viser seg å ha en stor betydning postoperativt, da pasientene erfarte mindre problemer. For å imøtekomme pasientens behov hevder Travelbee at sykepleieren bør være engasjert i pasientens situasjon, ha selvinnsikt og kunne gripe inn på en effektiv måte. Å bruke seg selv terapeutisk krever mye av sykepleieren, deriblant tilstrekkelige kunnskaper og erfaringer om stomi (jmf.3.7).

Gir sykepleierne muligheter for kommunikasjon og aktiv lytting, er det mer sannsynlig at pasientenes positive følelser blir forsterket gjennom dette (Brown og Randle 2005). Når det gjelder holdninger, kan de ifølge Håkonsen (2003) være dømmende, vurderende eller evaluerende. I praksis har vi sett sykepleiere som viser synlig avsky over lukt og avføring ved at de rynker på nesen og kommenterer den vonde lukten. Kroppsspråket, stemmebruken og blikket samsvarer ikke med det å ha en god holdning. Slik vi ser det synes vi sykepleieren bør være klar over at pasienten kan ha egne tabubelagte holdninger ovenfor avføring og luft, og at slike ting vanligvis ikke blir snakket om i det daglige (jmf. 3.9). Flere blir flau når vi stiller spørsmål om de har hatt luft, eller avføring, selv om vi forklarer dem at det er viktig for oss å vite. Det er trolig de ikke har vært så opptatt av avføring tidligere, men at det nå blir en stor del av deres hverdag å følge med på dette, spesielt når de mister denne kontrollen (Aae 2001). Travelbee (1999) påpeker nettopp dette, at det er viktig for sykepleieren å vite at pasienten har egne holdninger og følelser.

Opplevelsen av skam og forlegenhet kan være et resultat når pasienten opplever å avvike fra sine egne oppfatninger over hva som er verdifullt (Kristoffersen m.fl. 2005, bind 3). Kontroll over eliminering er noe vi forbinder med voksenlivet, uavhengighet og renslighet, mens tap av kontroll over eliminering er derimot forbundet med blant annet avhengighet (Price 1990b). Det er derfor av en absolutt nødvendighet at sykepleieren setter seg inn i hvordan situasjonen blir oppfattet av vedkommende for å kunne hjelpe

han eller henne (Travelbee 1999). I denne sammenheng må man heller ikke glemme de yrkesetiske retningslinjene, som skal sikre moralsk og forsvarlig sykepleiepraksis (jmf.3.9).

For at sykepleieren skal forstå hvilken kroppslig endring en stomi medfører er det en fordel at hun har kunnskaper om begrepet *body image* og de tre dimensjoner som inngår; *body reality*, *body ideal* og *body presentation* (jmf. 3.3). Thorpe, McArthur og Richardson (2009) hevder i sin studie at *body image* er et lite omtalt tema i litteraturen som omhandler stomi. De gir videre uttrykk for at begrepet kan bidra til å gi en mangelfull forståelse av stomipasienten som individ. Begrepet kan derfor oppleves som vanskelig å anvende i en praktisk hverdag. Dette hevder også Bob Price (1990a) selv i sin studie hvor han påpeker at det på ingen måte er klart at diagnosen “altered body image” er tilstrekkelig for at sykepleieren skal kunne planlegge å levere en full *body image* omsorgspakke. Hovedpoenget med begrepet er at det skal gjøre det mulig for sykepleieren å spesifisere omsorgsbehov mer nøyaktig og sørge for en forbedring i pasientens kroppsbilde.

Body reality er slik kroppen objektivt kan beskrives, “spots and all”. Når pasienten gjennomgår operasjon, vil den reelle kroppen forandres (Thomsen 2000; Price 1990a). Renolen (2008) påpeker at pasienten kan ha vanskeligheter for å se seg i speilet, da kroppen kan føles skjev. Samtidig er det viktig å påpeke at sykepleieren bør vite at reaksjonene på den kroppslige forandringen vil være individuelt, men at oppmerksomheten mot kroppen er noe som vil inntre den første viktige tiden etter operasjonen. Hvordan pasienten ser på sin egen kropp etter operasjonen er også noe som er avhengig av hvordan han eller hun har sett på kroppen sin tidligere (Aae 2001).

Angsten for operasjonen, stomien og sykdomstilstanden pasienten befinner seg i kan også føre til et brudd i *body ideal*. Som de fleste mennesker i samfunnet, vil også den stomiopererte ha et bestemt *body ideal*. Et *body ideal* sett ut ifra samfunnets perspektiv (sosiale og kulturelle normer) vil ikke framstille kroppen som usymmetrisk med ukontrollerte lukter, lyder og avføring. Oppførselen og atferden samsvarer ikke med idealene. Aae (2001) nevner at omgivelsene forventer at vi holder oss “renslige”, og at vi holder lyder og lukter for oss selv. Holdninger sykepleieren har til stomipasienten vil

ha mye å si for hvordan han eller hun oppfatter sitt *body ideal* (Hummelvoll 2004). Å være redd for at stomien vil gi fra seg lyd, lukt og avføring er faktorer som kan medføre sosial isolasjon og vil på denne måte også påvirke *body presentation*. Frykten for at stomiposen ikke skal sitte slik at avføringen blir synlig i sosiale settinger er en faktor for å slippe å være i nærvær av andre mennesker (Thomsen 2000).

Price (1990b) påpeker at det er av en nødvendighet at sykepleieren anerkjenner verdien av å snakke med, og lytte til pasienten når *body image* skal vurderes. Gjennom en slik bevissthet vil sykepleieren bidra til å kunne støtte pasientens *body ideal* på en positiv måte. Tilnærmingen krever at sykepleieren er profesjonell og har etablert et tillitsforhold til pasienten. Det kreves også av sykepleieren at hun er bevisst på sin egen kropp for at hun skal kunne føle seg sikker i møte med pasienten (jmf. 3.3). I praksis kan *body ideal* vise seg ved at pasienten gjør kommentarer som går på andres kropp, for eksempel: "I wish I could look as thin as you!" (Bob Price 1990b, s. 72). Han gir konkrete forslag til hvordan pasientens *body presentation* kan støttes. Enten ved at sykepleieren hjelper pasienten til å revurdere betydningen av fordøyelsen som en del av kroppen, eller ved at hun hjelper pasienten til å revurdere andre kroppsdelene i kompensasjon for den tapte. Price påpeker også betydningen av å forberede pasienten preoperativt på at *body reality* vil bli endret. Dette baseres hovedsakelig på sykepleierens tidligere pasienterfaringer.

Body image og dimensjonene som inngår henger også sammen med seksualitet, og hvordan pasienten opplever og ser på seg selv som seksuell attraktiv. Pasienter som har problemer med kroppsbildet, kan også ha problemer med samlivet (Brown og Randle 2005; Thomsen 2000). Undersøkelser har vist at hele 43 % av colostomi pasienter har problemer når det gjelder seksuallivet etter stomioperasjon (Brown og Randle 2005). Selv om dette ikke er stor del av vår oppgave, ser vi det som viktig å nevne.

4.2 Undervisning, veiledning og informasjon som intervensjon

Vi har flere ganger i oppgaven påpekt at personer med stomi må håndtere betydelige endringer av kroppsbildet. Reaksjoner som kan inntre kan relateres til angsten for kreftsykdommen, operasjonen og konsekvenser av den, samt den første konfrontasjonen

med stomien (Bonde 2011). Dette kan gi utfordringer for den sykepleien som gis. Et av målene i studien gjort av Simmons m.fl (2007) var å undersøke pasienters tilpasning til stomien og hvordan de aksepterte den kroppslige endringen. Studien viste at effektiv og praktisk opplæring av stomien er viktig for at pasienten skal kunne ta hånd om stomien sin selv. Det studien videre viste var at de som faktisk aksepterte stomien sin var bedre tilpasset til den. Pasientene opplevde en følelse av kontroll, de hadde lavere frykt for offentlig forlegenhet og de opplevde lavere funksjonelle begrensninger. Praktisk opplæring av stomien i den postoperative tiden blir derfor en viktig faktor for å kunne akseptere et endret kroppsbilde.

Eide og Eide (2007) påpeker at det i begynnelsen er viktig å finne ut hva pasienten trenger av informasjon. Dette er også noe som samsvarer med Tveiten (2008) som hevder at det er viktig å vite noe om hva pasienten vet fra før, det vil si kunnskapsgrunnlaget og dermed hvilke læreforutsetninger han eller hun har. Informasjonen som blir gitt bygger på hva pasienten har fått i forkant av operasjonen, som senere har vist seg å være viktig for den postoperative fasen. På denne måten kan fasen føles lettere for pasienten (jmf. 3.8). Sortland (1996) påpeker nettopp det i sin studie at dersom informasjonen ikke blir gitt tilstrekkelig i den preoperative perioden kan opplevelsen av stomien bli ekstra traumatisk, fordi pasientene føler seg lite forberedt på grunn av manglende kunnskap om hva som venter dem etter operasjonen. Manglende informasjon kan være med på å øke lidelsen, samt å gi utrygghet og usikkerhet for pasienten (Tveiten 2008). Å repetere tidligere gitt informasjon kan være hensiktsmessig i den postoperative perioden.

Å vurdere hva pasienten kan eller ikke kan blir derfor svært viktig for å få et innblikk i pasientens opplevelse av situasjonen. Det er også viktig for sykepleieren å være klar over at tapsfølelsen og dermed krisereaksjonene og de ubevisste forsvarsmekanismene som kan sette inn kan bidra til å påvirke den informasjonen som gis. De forhold eller situasjoner pasienten befinner seg i kan igjen få konsekvenser for sykepleierens vurderinger og valg (Tveiten 2008). Den begynnende sjokkfasen kan gjøre pasienten mindre mottakelig for informasjon og støtte (Dansac 2009?). Det er også kjent at sykepleieren som yter helsehjelp har lovpålagte plikter til å gi informasjon. Kravet på å gi informasjon til den som har krav på det er lovpålagt i helsepersonelloven 1999 § 10

(jmf.3.8). I denne sammenheng er det viktig at den informasjonen sykepleieren gir er forståelig oppfattet av pasienten. Brown og Randle (2005) påpeker at ordene og uttrykkene sykepleieren tar i bruk skal være på et nivå som pasienten skjønner. Bruk av medisinsk terminologi som latinske ord og uttrykk bør derfor unngås.

Før pasienten kan få veiledning og undervisning om stomien er det flere ting som sykepleieren må ha klart. I begynnelsen kan det være viktig å sette konkrete og realistiske mål i samarbeid med pasienten. Vi tør å hevde at for store mål kan sette begrensninger for pasientens læring. Målene bør være oppnåelige og fremme motivasjonen (Tveiten 2008). Den første gangen stomien skal skiftes kan det være hensiktsmessig at sykepleieren utfører stellet, da det er for tidlig å drive målrettet undervisning (Aae 2001). Underveis i stellet tar sykepleieren i bruk sine evner til å observere pasienten for å kunne samle data om hans eller hennes kroppsbilde. Price (1990b) nevner viktigheten av å etablere et empatisk forhold til pasienten fra starten av. Travelbee ser på empati som en evne til å kunne gå inn i den andres tanker og følelser (Kirkevold 1998). Sykepleieren tar i bruk blikket for å vurdere pasientens sinnstilstand. Hun ser pasienten inn i øynene, vurderer blikket, ansiktsuttrykket og kroppsholdningen (Stordalen 2009). Videre informerer hun pasienten om at tilpasningen til et endret kroppsbilde kan ta tid og krever mot. Sykepleieren kan etablere et tillitsforhold til pasienten ved at hun uttrykker at den nye livssituasjonen som pasienten nå befinner seg i kan være vanskelig, og at ulike pasienter takler slike situasjoner på ulike måter (Price 1990b).

Konfrontasjon med stomien i det postoperative forløpet kan altså kreve mye mot og overtalelse fra sykepleierens side (Thomsen 2000). Det er individuelt hvordan pasienten reagerer på den dyptgripende kroppslige forandringen; noen ønsker å se stomien med én gang, andre trenger bedre tid. Etter hvert må sykepleieren prøve å trekke pasienten langsomt med i stellet. De pasientene som ikke viser interesse til stomien må en prøve å gjøre interesserte. Ved å beskrive hvordan stomien ser ut, kan pasienten bli nysgjerrig og uttrykke et ønske om å ville se. I starten kan det være nok å holde utstyr, og etter hvert ta over mer ansvar. Dette kan være med på å forberede pasienten på hva som møter han under stellet (Aae 2001). Opplæring viser seg å være verdifull og nødvendig for bearbeidningen av situasjonen (Thomsen 2000). Pasienten kan befinne seg i den

akutte krise fasen, der også forsvarsmekanismene inntre. Dette kan resulteres i manglende initiativ til å lære seg å stelle stomien (Cullberg 2007).

Underveis gjennom samtale med pasienten får sykepleieren et innblikk i pasientens holdninger og kunnskaps- og forståelsesgrunnlag, samtidig som pasientmedvirkningen blir ivarettatt ved at sykepleieren inkluderer pasienten når en avtaler tidspunkt og sted for stellet. Valg av sted og tidspunkt viser seg ifølge Tveiten (2008) å være viktig for pasientens læring og konsentrasjon. Dessuten tør vi å påstå at valg av sted kan ha betydning for hvorvidt pasienten tør og ønsker å åpne seg. Stell av stomien kan være hensiktsmessig å utføre i skjermede omgivelser, for eksempel på et enerom.

Brown og Randle (2005) skriver dessuten at stomisykepleierens primære mål er å fremme pasienten til et selvstendig liv, tross de store endringene i kroppsbildet. Det første møtet med pasienten etter operasjonen er med på å legge grunnlaget for hvordan han eller hun senere kan bygge opp et nytt selvilde og akseptere en endring av kroppen. Å være pasient på et sykehus kan i seg selv være skremmende. Det er nye omgivelser og ikke minst også en ”ny” kropp å forholde seg til. Pasienten står nå overfor en ny hverdag og mangler kunnskap. Ved at sykepleieren i begynnelsen underviser og veileder pasienten om stell av stomien, kan dette etter hvert bygge opp igjen pasientens kontroll og selvstendighet.

4.3 Mestring, mening og livskvalitet

Ifølge Travelbee (1999) er sykepleierens viktigste hensikt å hjelpe individet til å mestre og finne mening i de ulike livserfaringer. Hun er alltid i en dynamisk og hjelpende prosess som søker etter å identifisere og få til forandringer hos individet. Lidelse vil alltid være en ufravikelig del av det å være menneske hevder Travelbee (Kirkevold 1998). Vi oppfatter det ut ifra Travelbees sykepleieteori som at stomipasienten kan være i en lidende fase som nyoperert. Ikke minst skyldes dette også kreftdiagnosen som i seg selv er traumatisk. I denne sammenheng kan Travelbees teori sees utfyllende i forhold til de konsekvenser stomioperasjonen får for kropp- og selvbildet, samt de krise- og tapsreaksjonene og ubevisste forsvarsmekanismene som kan inntre. Når tap av en kroppsfunksjon og kroppsdeler fører til en endring av utseende kan det blant annet føre til

en depresjon (Kristoffersen 2005 mfl, bind 3; Sortland 1996).

Den umiddelbare reaksjonen på lidelse og sykdom vil ifølge Travelbee være svært individuelt og personlig. Hvordan lidelsen møtes kan knyttes til spørsmålene “hvorfør meg?” eller “hvorfør ikke meg?”. “Hvorfor meg” reaksjonen er av den mest vanlige og viser seg på den måten at personen ikke forstår hvorfor sykdom har rammet han eller henne. Opplevelsen av lidelsen oppfattes som meningsløs (Kirkevold 1998). Dette er noe som kan samsvare med sjokkfasen, hvor pasienten i begynnelsen ikke er i stand til å fatte hva som har hendt. En umiddelbar reaksjon på stomien postoperativt kan være benektning som viser seg ved at pasienten ikke ønsker å se stomien, da opplevelsen kan føles truende (Håkonsen 2003). I praksis har vi ved flere anledninger opplevd pasienter som snur seg vekk under stellsituasjon, og legger alt ansvaret over på sykepleieren ved at de sier dette kan dere mer om enn meg. I reaksjonsfasen tar pasienten virkeligheten mer inn over seg, noe som blant annet kan vises som en depresjon. “Hvorfor ikke meg?” reaksjonen er derimot en akseptasjon og en uvanlig reaksjon på sykdom og lidelse. Pasienten har da godtatt at det å få stomi er en del av livet, og at det like godt kan skje han selv som alle andre (Kirkevold 1998).

Måten individet reagerer på er altså ifølge Travelbee ulikt, noe vi også kan se i sammenheng med Lazarus og Folkmans syn på mestring. De deler reaksjonene inn i to hovedformer; problemfokuset og følelsesfokuset mestring (jmf 3.5). Informantene i studien til Sortland (1996) tok i bruk begge disse forsvarsmekanismene. Mens den følelsesfokusede mestringsstrategien viste seg ved redusert sosial deltagelse og ikke åpenhet om stomien, viste den problemfokusede mestringsstrategien seg ved større åpenhet om stomien og positiv tankegang. I praksis har vi selv sett eksempler på den problemfokusede pasienten som spør og interesserer seg for det som angår seg selv og sin tilstand.

Pasientens familie og nettverk spiller også en stor rolle når det gjelder mestring og det å finne mening. Brown og Randle (2005) skriver at flere stomipasienter har gitt uttrykk for at sosial støtte fra familie og venner var fundamentalt for å kunne tilpasse seg. Liten sosial støtte gjør dermed at flere har problemer med å tilpasse seg stomien. Thomsen (2000) nevner også noe av det samme. Hun hevder at den stomiopererte sjelden er

alene, og at de fleste får støtte og oppmuntring fra familien og nettverket. Slik støtte mener hun dermed ikke er til å unngå. Vi tenker oss at dersom fokuset rettes mot sosial deltagelse, kan pasientens syn på lidelsen muligens rettes mot noe annet som kan oppleves verdifullt. Sykepleieren på gastrokirurgisk avdeling bør oppmuntre pasienten til å rette oppmerksomheten mot det å inkludere familie og bekjente, men bør likevel respektere om pasienten ikke ønsker dette den første tiden. Å vise respekt og høflighet, samt lytte til det pasienten har og si, kan samsvare med det å ha en god holdning (jmf. 3.9).

I Travelbees mellommenneskelige prosess er det sentralt at når en hjelper individet, skal en også hjelpe individets familie, som er en del av sykepleierens mål. Hun påpeker likevel at det er pasienten som skal være i fokus. Videre hevder Travelbee at for å kunne oppnå sykepleierens hensikt må en etablere et menneske-til-menneske forhold (jmf. 3.6.1). Ut ifra dette kreves det av sykepleieren at hun er profesjonell og har et ønske om å sette seg inn i og forstå individet. Empati blir en viktig del av forholdet, fordi sykepleieren må ta del i og forstå følelsene til stomi pasienten, samtidig som hun holder seg objektivt tilbake. Gjennom dette kan sykepleieren og pasienten dele erfaringer. Sympati blir det neste steget videre, der ekstra bekymringer og ønsker om å lindre pasientens plager er et faktum. Dette er noe som er fraværende i empatifasen (Kirkevold 1998).

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen i menneske-til-menneskeforholdet hvor målet og hensikten med sykepleien er oppnådd, som vil si at pasientens lidelse er avhjulpet. Forutsetningen for oppnåelsen av disse fasene er at sykepleieren har tidligere erfaringer med stomipasienter, som hun nå kan medbringe videre (Kirkevold 1998). Vi opplever at det er vanskelig å oppnå gjensidig forståelse og kontakt i den korte tiden pasienten befinner seg på sykehuset. Dette kan vi tolke ut ifra studien gjort av Sortland (1996), hvor ingen av informantene hadde akseptert stomien, selv etter 5 måneder. Disse befant seg fortsatt i en bearbeidingsfase, hvor de lærte seg nye levemåter og benyttet seg av problemfokuset mestring (jmf. 3.4 og 3.5).

Studier har påpekt behovet for oppfølging av en stomisykepleier, da det viser seg at de er bedre kvalifiserte enn sykepleiere til å lette pasientens problemer og gi støtte til den

enkelte (Brown og Randle 2005). Ifølge Simmons mlf. (2007) er det for lite fokus på pasientens psykologiske reaksjoner på sykepleierutdanninga rundt det å få stomi, og at dette bør bli en større del av undervisningen.

Sykepleiens mål og hensikt er som nevnt flere ganger å hjelpe pasienten til å finne mening og til å mestre sin nye livssituasjon. Ved sykepleiens hensikt ligger også håpet, hevder Travelbee. Det er ved å understøtte håpet at sykepleieren kan bidra til at stomipasienten mestrer sin lidelse i større grad (jmf. 3.6.1). Pasientens håp kan understøttes ved at sykepleieren hjelper stomipasienten med å ta kontakt med Norilco eller andre foreninger og bandasjister. På denne måten har han eller hun mulighet til å få den kvalifiserte hjelpen og oppfølgingen som trengs i tiden etter sykehusoppholdet. Ved at pasienten får mulighet til å møte andre og dele like erfaringer, kan troen på at det finnes en løsning på problemene opprettholdes. Pasienten kan se verdien av at andre lever et fullt normalt liv med stomi. Ved håpet ligger også tilliten til at andre vil hjelpe når det trengs (Kristoffersen mfl 2005, bind 4; Aae 2001).

Livskvalitet er subjektivt og kan knyttes til enkeltpersoner (jmf. 3.10). I startfasen etter stomi operasjonen har vi nevnt at det er viktig med korte, konkrete og realistiske mål (jmf. 4.2). Livskvalitet mener vi er et langsiktig mål. Vi antar at det er lite relevant og oppnåelig å sette som mål i den postoperative fasen at en skal oppnå god livskvalitet. Likevel mener vi det er viktig at de kortsiktige målene kan bidra til en oppnåelse av økt livskvalitet i det senere forløp.

5 Konklusjon

Et av formålene med oppgaven var å se på hvilke psykiske reaksjoner som kan inntre hos nyopererte pasienter med stomi, med fokus på et endret kroppsbilde. Funnene i oppgaven viser at en stomioperasjon kan gi konsekvenser for kroppsbildet. Det kan sees brudd i både *body reality*, *body ideal* og *body presentation*. Dette kan særlig relateres til tap av en funksjon og kroppsdel, men også tap av kontroll og selvstendighet.

Opplevelsen av tap gjør at pasienten kan havne i en krise som kan være vanskelig å mestre. Benyttelsen av ulike mestringsstrategier kan være fremtredende, spesielt den første tiden på sykehuset. De psykiske reaksjonene som kan inntre er individuelt. Det er ulikt hvordan folk takler de utfordringene som inntreer og mye kan baseres på hvordan pasienten tidligere har sett på sitt eget kroppsbilde.

Å akseptere et endret kroppsbilde tar tid og krever at sykepleieren er profesjonell i møte med pasienten. Utfordringen ligger i hvordan sykepleieren kan møte stomipasienter på sykehus. Hvordan *body image* skal vurderes er derimot svært vanskelig og stiller krav til at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskaper, erfaringer og selvinnsikt. Det kreves at hun er sikker på sitt eget *body image* og temaet kan muligens på denne måten oppleves som noe sensitivt.

For å kunne hjelpe pasienten til en akseptasjon av et endret kroppsbilde, har vi kommet fram til at kommunikasjon er blant de viktigste redskapene sykepleieren har. Spesielt fremtredende er den nonverbale kommunikasjonen, også deriblant holdninger. Det endrede kroppsbildet er i fokus etter operasjonen, og hvordan sykepleieren snakker til, lytter og støtter pasienten har mye å si for akseptasjonen. Å vite at pasienten selv kan ha egne tabubelagte holdninger til avføring og luft er viktig, slik at sykepleierens egne holdninger til dette imøtekommer pasientens.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått en økt kunnskapsforståelse rundt de psykiske reaksjonene som kan inntre i forhold til et endret kroppsbilde. Dette er et tema som vi har hatt lite undervisning om på sykepleierutdanningen og som vi kunne tenkt oss å høre mer om. Vi har også kommet fram til at resultatet i oppgaven kan brukes og

overføres til andre sykdommer der tap av en kroppsdel er aktuelt.

Ved en eventuell oppfølging av denne oppgaven, synes vi det hadde det vært interessant å få gjennomført et intervju, som kunne basert seg på ulike pasientopplevelser ut ifra en bestemt alder. Det kunne også vært interessant å sett om det er noen forskjell på kroppsbildet mellom menn og kvinner. Det hadde også vært spennende å gått mer i dybden i hva som kreves av sykepleieren i møte med stomipasienten når *body image* skal vurderes. Vi har savnet oppdatert litteratur som går konkret på sykepleieintervensjonen til denne pasientgruppen.

6 Etterord

Vi brukte mye tid i begynnelsen på å i det hele tatt bestemme oss for tema. Vi har også måttet endre problemstilling flere ganger i skriveprosessen. Vi valgte til slutt å sette oss inn i de psykiske reaksjonene som kan sees i forhold til kroppsbildet hos nyopererte pasienter med stomi. Videre fokus var hvordan sykepleieren kunne bidra til at disse aksepterte en endret kropp. Vi synes det har vært et vanskelig tema å arbeide med og at det har vært lite litteratur som går på hva sykepleieren kan gjøre når *body image* skal vurderes. Dette viser muligens at temaet kan være vanskelig å praktisere i en allerede hektisk hverdag på sykehuset. Videre opplever vi at det er et spennende tema som det fokuseres lite på i skolen. Vi tør å hevde at en akseptasjon av et endret kropps- og selvbilde er en sentral del av det å være syk, uansett diagnose og tilstand.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått satt oss inn i hvordan sykepleierens holdninger, samt betydningen av gode kommunikative og informative ferdigheter i møte med stomiopererte. Vi har også fått økt kunnskap om de psykiske reaksjonene som kan inntre hos pasientene. Kroppsbildet er nå en større del av tankegangen vår når vi møter pasienter med stomi.

Videre tenker vi oss at problemstillingen kunne blitt snevret noe inn. Det har til tider vært vanskelig å forholde seg til alle begrepene. Det er lett å drukne i “fine ord og formuleringer”. Det har vært vanskelig å inkludere problemene rundt det å få en kreftdiagnose, selv om dette ikke var hovedfokuset. Likevel synes vi at vi har påpekt godt at stomipasienter kan ha problemer med kroppsbildet og at det er viktig å være bevisst på dette, særlig den første tiden på sykehuset.

Vi opplever at arbeidet med oppgaven har til tider vært veldig tidkrevende og vanskelig. Vi har blant annet brukt mye tid på å søke i databaser og finne artikler, samt skrive teoridelen. Eksamensperioden har vært preget av både motivasjon, men også frustrasjon. Vi opplever at vi begge har ulike synspunkter og at vi ikke alltid er enige, men at vi er en erfaring rikerere etter å ha arbeidet hardt med temaet i snart to måneder.

7 Litteraturliste

Aae, Cecilie Nilsen (2001). Sykepleie til pasienter med stomi. I: Almås, Hallbjørg (red.). *Klinisk sykepleie*. 3. utgave. Bind 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

* Bonde, Karin Kjærgaard (2011). Udskillelse av affaldsstoffer-defækation. I: Suhr, Lis og Bodil Winther. *Basisbog i sygepleje: Kropp og velvære*. 2. utgave. Kap. 10, s. 304-308. København: Munksgaard Danmark.

* Brown, Hannah og Jacqueline Randle (2005). Living with a stoma: a review of the literature. I: *Journal of Clinical Nursing*, 14 (1) s. 74-81. (10.04.2011).

* Christiansen, Anette (2000). Sygepleje til pasienter med stomi. I: Ramhøj, Pia, Ingrid Egerød og Jens Taleman. *Klinisk sygepleje: Praksis og utvikling*. Bind 2. Kap. 29.2, s. 732-734. Akademisk forlag.

* Cullberg, Johan (2007). *Mennesker i krise og utvikling: En psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. 3. utgave. Kap. 15, s. 128-141. Oslo: Universitetsforlag.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Dansac (2009?). *Ditt liv med stomi: Nyttig informasjon* (Brosjyre). Billingstad: Dansac og Hollister Norge.

* Eide, Hilde og Tom Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Kap. 11, s. 292-296. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*, paragraf 10. (online) Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#10> (04.04.2011).

* Holm, Solrun og Ingrid Kummeneje (2009). *Pre og Postoperativ sykepleie*. 2. utgave. Kap. 1, s. 15. Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 6. utgave.

Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

* Kirkevold, Marit (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. 2. utgave. Kap. 6, s. 113-127. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie*. 1. utgave. Bind 3 og 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2005

* Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte (2011). Norilco “*Hva er stomi?*” (online). URL: <http://www.norilco.no/omstomi.asp?meny=3> (31.03.2011).

* Næss, Siri m.fl (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Kap. 1 s. 7-10 og s. 39. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velderd og aldring.

Pasientrettighetsloven (1999) Lov om pasientrettigheter, paragraf 3-2. (online) Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#3-2> (04.04.2011).

* Price, Bob (1990a). A model for body-image care. I: *Journal of Advanced Nursing*, 15 (5) s. 585-593. (11.04.2011).

* Price, Bob (1990b). *Body image: Nursing concepts and care*. Kap. 7, s. 67-80 og kap. 10, s. 108-124. Great Britain: T. J. International Ltd, Padstow, Cornwall.

* Renolen, Åse (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Kap. 5, s. 117-127. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

* Simmons, Kingsley L., Jane A. Smith, Karen-Ann Bobb og Laura. L. M. Liles (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. I: *Journal of Advanced Nursing*, 60 (6) s. 627-635. (13.04.2011).

Slettebø, Åshild (2009). *Sykepleie og etikk*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Sortland, Kjersti (1996). *Stomi og selvbilde: En kvalitativ studie av pasientreaksjoner ved å få stomi på grunn av kreft: Konsekvenser for sykepleie*. Hovedoppgave. Kap. 5.5, s. 50-53, kap. 8.7.1, s. 151-154, kap. 8.8, s. 159-161. Oslo: Universitet.

* Stordalen, Jørn (2009). Kommunikasjon og kommunikasjonsprosessen. I: Grasaas, Kari Kruger, Marit Sjursen og Jørn Stordalen. *Etikk og kommunikasjon*. Kap. 12, s. 137-141 og kap. 13, s. 154- 159. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

* Sykepleierforbundet (2011). *Yrkesetiske retningslinjer* (online). URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (29.04.2011).

* Thomsen, Lena (2000). At være stomipasient. I: Ramhøj, Pia, Ingrid Egerød og Jens Taleman. *Klinisk sykepleie: Praksis og utvikling*. Bind 2. Kap. 29.3, s. 750-763. Akademisk Forlag.

* Thomsen, Lena Marie (1996). *Lille spejl på væggen der: om stomiopereredes opfattelse af kropsbilledet*. Spesialavhandling. Kap. 4, s. 13-18. Danmarks sykepleierhøgskole ved Århus Universitet.

* Thorpe, Gabrielle., Margaret McArthur og Barbara Richardson (2009). Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. I: *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9) s. 1778-1789. (12.04.2011).

* Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Kap. 1, s. 29-49.
Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tveiten, Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Bergen:
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

8 Vedlegg 1 – PICO – skjema

P - patients/ population/problem	I – intervention/ initiativ/action	C - comparison	O - outcome
Pasienter som får stomi på grunn av kreft i tarmen Akseptasjon av et endret kroppsbilde Patient Stoma Body image	Informasjon Kommunikasjon Sykepleie Information Communication Nursing		Akseptasjon Mestring Tilpasning Acceptance Coping Adjustment

9 Vedlegg 2 – Søking og resultater

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
A model for body image care	ISI Web of Science	1	1
Stoma Body image Self-image	Academic Search Elite	3	33
Stoma Adjustment Coping	Academic Search Elite	3	71
Stoma Body image Acceptance	Academic Search Elite	3	38