

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter, i forbindelse med stomioperasjoner, kan mestre stomistell og akseptere sin stomi?

FORFATTERE:

Kjersti Pedersen Runden og Ane Grini Vatne

Dato: 20. mai 2016

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter, i forbindelse med stomioperasjoner, kan mestre stomistell og akseptere sin stomi?	Dato : 20.05.16
Deltakere:	Kjersti Pedersen Runden Ane Grini Vatne	
Veileder:	Randi Slåsletten	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Stomistell, stomiaksept, mestring og sykepleie	
Antall ord: 13 543	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Innledning: Det antas at om lag 10 000 nordmenn lever med stomi. Å få stomi er forbundet med mye usikkerhet, og de fleste vil oppleve det som skremmende. En stomioperasjon representerer tap av funksjon, og pasienten må derfor med tiden akseptere stomien og mestre stomistell.</p> <p>Hensikt: Belyse hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter å mestre stomistell og bidra til aksept av stomi, i forbindelse med stomioperasjoner.</p> <p>Metode: Oppgaven er et litteraturstudie. Det er utført søk i databasene Ovid Medline, Cinahl Complete, PubMed og SveMed+ med søkeord som stoma/ostomy, stoma care, acceptance, education og nurs*.</p> <p>Resultater: Stomistell kan oppleves som ukomfortabelt i den postoperative perioden, og pasienten kan føle seg overveldet, frustrert og hjelpeløs. Mye informasjon postoperativt kan bidra til at pasienten føler seg overveldet, og dette kan forebygges ved hjelp av adekvat preoperativ informasjon og veiledning. Det har vist seg at enkelte pasienter mottok lite hjelp for å bli selvstendige i stomistell, og dette fremstår som viktig fordi mestring av stomistell er relatert til stomiaksept. Bruk av humor, anerkjennelse av positive endringer og fokus på normalisering kan fremme stomiaksept.</p> <p>Konklusjon: Stomiaksept er svært individuelt, og sykepleien som gis bør være individualisert og relatert til pasientens behov. Mestring av stomistell kan bidra til stomiaksept, og sykepleier bør rette fokus mot å hjelpe pasienten til å mestre stomistell. Det er funnet mye forskning angående stomi og psykososiale konsekvenser, men derimot lite om fremgangsmåter og sykepleietiltak for å hjelpe pasienten til å akseptere sin stomi. Det antas derfor at det er et behov for flere kvalitative studier som kan bidra til ytterligere kunnskapsutvikling angående stomiaksept.</p>		

ABSTRACT

Title:	How Can Nurses Help Patients to Cope With Stoma Care and Accept Their Stoma, in Connection With Stoma Surgery?	Date: 20.05.16
Participants:	Kjersti Pedersen Runden Ane Grini Vatne	
Supervisor:	Randi Slåsletten	
Employer:		
Keywords (3-5)	Stoma care, stoma acceptance, mastering and nursing	
Number of words: 13 543	Number of appendix: 1	Availability: Open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: It is believed that about 10 000 Norwegians are living with a stoma. Receiving a stoma is associated with uncertainty, and most people will experience it as frightening. A stoma surgery represents loss of function, and the patient must eventually accept the stoma and learn to handle the stoma.</p> <p>Purpose: The aim of this literature review is to illuminate how nurses can help patients to master stoma care and contribute to stoma acceptance, in connection with stoma surgery.</p> <p>Method: This thesis is a literature review. Literature search is carried out in Ovid Medline, Cinahl Complete, PubMed and SveMed+. Keywords were stoma/ostomy, stoma care, acceptance, education and nurs*.</p> <p>Results: Stoma care can be uncomfortable in the postoperative period, and the patient may feel overwhelmed, frustrated and helpless. Too much information given in the postoperative fase can contribute to the patients feeling of being overwhelmed, and this can be prevented by adequate preoperative information and guidance. Results show that some patients received little help to become independent in stoma care, and this appears to be important because mastering of stoma care is related to stoma acceptance. Use of humor, appreciation of positive changes and focus on normalization can contribute to stoma acceptance.</p> <p>Conclusion: Stoma acceptance is individual, and the provided nursing should be individualized and related to the patient's needs. Coping with stoma care contributes to stoma acceptance, and the nurse should focus on helping the patient to cope with stoma care. It is found a lot of research regarding stoma and psychosocial consequences, but less about procedures and nursing measures to help the patient accept their stoma. It is assumed that there is a need for more qualitative studies that can contribute to further knowledge regarding stoma acceptance.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG -----	2
ABSTRACT -----	3
Innholdsfortegnelse -----	4
1 Innledning -----	6
1.1 Introduksjon til tema-----	6
1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans-----	6
1.3 Forskningsområde-----	7
1.4 Begrepsavklaring-----	7
2 Bakgrunn -----	9
2.1 Begrunnelse for valg av tema-----	9
2.2 Ileostomi-----	9
2.3 Kolostomi-----	10
2.4 Krise-----	10
2.5 Stress og mestring-----	11
2.6 Aksept-----	13
2.7 Teoretisk perspektiv på sykepleie-----	13
2.8 Hensikt og problemstilling-----	15
3 Metode -----	16
3.1 Litteraturstudie som metode-----	16
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode-----	16
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier-----	17
3.3.1 Begrunnelser for valg av kriterier-----	18
3.3.1.1 Inklusjonskriterier-----	18
3.3.1.2 Eksklusjonskriterier-----	19
3.3.2 Forskningsetikk-----	20
3.4 Søk og analyse-----	21
3.4.1 Søkedomumentasjon-----	21
3.4.2 Analyse av vitenskapelige artikler-----	23
4 Resultatpresentasjon -----	24
4.1 Matriser-----	24
4.2 Sammenfatning av resultater-----	29
4.2.1 Informasjon og veiledning i forbindelse med stomioperasjoner-----	29
4.2.1.1 Preoperativ informasjon og veiledning-----	29
4.2.1.2 Postoperativ informasjon og veiledning-----	30
4.2.2 Sykepleiers rolle i forbindelse med stomioperasjoner-----	31
4.2.3 Stomiaksept-----	33
4.2.4 Mestring av stomistell-----	33
5 Drøfting -----	35
5.1 Informasjon og veiledning i forbindelse med stomioperasjoner-----	35
5.1.1 Preoperativ informasjon og veiledning-----	36
5.1.2 Postoperativ informasjon og veiledning-----	38
5.2 Sykepleiers rolle i forbindelse med stomioperasjoner-----	39
5.3 Stomiaksept-----	40
5.4 Mestring av stomistell-----	42
5.5 Behov for ytterligere kunnskapsutvikling-----	43
5.6 Metodiske overveielser-----	44
5.6.1 Valg av litteratur-----	44
5.6.2 Valg av vitenskapelige artikler-----	45

5.6.3	Forskningsetiske overveielser	46
6	Konklusjon	47
7	Referanseliste	49
8	Vedlegg	54

Antall ord: 13 543

1 Innledning

Dette kapitlet vil gi en introduksjon til dette litteraturstudiets tema. Temaets sykepleiefaglige relevans vil beskrives, og temaet vil relateres til forskningsområdet “kvalitet i sykepleie”. Til slutt vil det presenteres og forklares begreper som benyttes hyppig gjennom oppgaven.

1.1 Introduksjon til tema

Dette litteraturstudiet skal handle om sykepleie, i forbindelse med mestring av stomistell og stomiaksept, til pasienter som får kolo- (utlagt tykktarm) eller ileostomi (utlagt tynntarm). I Norge antas det at omlag 10 000 nordmenn lever med stomi (Fonn 2010). Ordet stomi betyr åpning eller munn, men i medisinsk terminologi brukes ordet om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen. Felles for kolo- og ileostomi er blant annet at tarmen blir trukket ut gjennom en åpning i huden, vrent og sydd fast til huden. Pasienter som får stomi vil ikke ha kontroll over tarmtømming eller luftavgang fordi muskulaturen i tarmen ikke er viljestyrt, slik som lukkemuskelen rundt endetarmen er (Nilsen 2011).

Felles for de som får stomi er at de mister en funksjon de tidligere hadde, og dette er for mange skremmende og forbundet med mye usikkerhet. En konsekvens av å få stomi kan være endret selvbilde, fordi vi som barn lærer å få kontroll over egen avføring, og omgivelsene forventer at vi holder oss rene. De fleste anser det å skulle gå på toalettet som en svært personlig handling, og vi ønsker å holde lukt og lyder for oss selv. Å få stomi fører til tap av kontroll over eliminasjonen, og dette kan oppleves som nedverdiggende. Holdninger fra samfunnet om at avføring er tabubelagt kan være med å forsterke disse følelsene hos pasienten som får stomi (ibid). Pasienten bør med tiden akseptere stomien og de endringene den medfører, og bør dessuten lære seg å leve med stomi. Det fremstår derfor som essensielt at pasienten da kan mestre stomistell på egenhånd.

1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Temaet anses å være av høy sykepleiefaglig relevans. Dette begrunnes med at det er mange diagnoser som kan medføre et behov for stomi (Nilsen 2011), og det antas derfor at sykepleier sannsynligvis kan møte pasienter, som skal få eller har fått stomi, uavhengig av arbeidssted. Til tross for at dette litteraturstudiet baseres på mestring av stomistell og stomiaksept i

forbindelse med stomioperasjoner, tenkes det at resultatene vil være relevante og overførbare uavhengig av når og hvor sykepleier møter pasienten med stomi. Litteraturstudiet vil kunne gi et innblikk i hvordan det kan oppleves å få stomi via pasientperspektivet, samt gi en oversikt over sykepleiehandlinger, betydningen av informasjon og veiledning, stomistell og faktorer som bidrar til stomiaksept. Det antas derfor at belysing av temaet vil være nyttig for alle sykepleiere i møte med den stomiopererte.

1.3 Forskningsområde

Vi relaterer valgt tema til forskningsområdet kvalitet i sykepleie. Forskningsområdet studerer blant annet innhold i sykepleie og erfaringer fra å leve med sykdom og uhelse som pasient (Høgskolen i Gjøvik 2015). Det vil forsøkes å belyse sykepleiers rolle og handlinger hos pasienten for å bidra til mestring av stomistell og stomiaksept. Litteraturstudiet vil besvares ved hjelp av både et helsepersonell- og pasientperspektiv, noe som kan bidra til en økt forståelse for denne pasientgruppens behov omkring mestring av stomistell og stomiaksept. Økt kunnskap om temaet kan bidra til at sykepleiere kan benytte denne kunnskapen ved utøvelse av sykepleie til denne pasientgruppen, og dette kan bidra til en økt kvalitet på den sykepleien som blir utført.

1.4 Begrepsavklaring

Her presenteres og forklares begreper som blir benyttet gjennom litteraturstudiet.

Preoperativ fase: Defineres som “den tiden som går fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et bestemt kirurgisk inngrep, til pasienten blir operert” (Berntzen mfl. 2013, s. 274).

Postoperativ fase: Denne fasen begynner når det kirurgiske inngrepet er ferdig og pasienten forflyttes over i seng (Berntzen mfl. 2013).

Gastrokirurgi: Kirurgi for mage og tarm (Schichtling 2009).

Informere: Å informere kan innebære å meddele og opplyse pasienten (Store norske leksikon 2009). Et eksempel kan være at sykepleier opplyser pasienten om preoperative rutiner i forbindelse med stomioperasjoner.

Veiledning: Defineres som “en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonenens mestringskompetanse styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten 2013, s. 21).

Undervisning: Kan defineres som ”planlagt og systematisk påvirkning som har til hensikt å fremme visse kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos eleven: hos den lærende” (Pettersen 1997, s. 36).

Bakgrunnsforståelse: Benyttes i forbindelse med Benner og Wrubels omsorgsteori. Bakgrunnsforståelse innebærer de ”meninger” som alle innenfor en kultur deler (Kristoffersen 2012b).

Eliminasjon: Fjerning av avfallsstoffer fra kroppen gjennom urin og avføring (Gjerland 2012).

Autonomi: Autonomi innebærer pasientens rett til informasjon og til å foreta egne beslutninger. Autonomi er ansett som både et etisk og juridisk prinsipp (Brinchmann 2012).

2 Bakgrunn

I dette kapitlet vil det presenteres fag- og forskningsbasert kunnskap som vil tydeliggjøre problemstillingens relevans. Det vil redegjøres for Benner og Wrubels omsorgsteori som valgt teoretisk perspektiv for litteraturstudiet, og kapitlet avsluttes med litteraturstudiets hensikt og problemstilling.

2.1 Begrunnelse for valg av tema

En stomioperasjon medfører store endringer i pasientens liv og kan resultere i tap av kroppslige funksjoner og endringer i rutiner for personlig hygiene (Bekkers mfl. 1995). Til tross for tap og forandring kan det å få stomi likevel være livreddende eller symptomlindrende for pasienter med for eksempel kreft eller kroniske betennelsestilstander (Nilsen 2011).

I praksis på gastrokirurgisk avdeling møtte vi enkelte pasienter som tok avstand fra sin nyopererte stomi, og som ikke klarte å se på, ta på eller forholde seg til stomien. Vi erfarte at hovedfokuset postoperativt etter anleggelse av stomi var å hjelpe pasientene til å mestre stomistell, men at dette var utfordrende grunnet tilsynelatende manglende aksept av situasjon og stomi. I en vitenskapelig artikkel fant vi et utsagn fra en kvinne som beskriver sine følelser omkring opplevelsen av å se sin nyopererte stomi:

“I rejected it... to handle it and look at it... and so... I could not bear to look at it... to see it there... sticking out of the stomach” (Danielsen mfl. 2013, s. 409).

Dette sitatet beskriver en utfordring enkelte pasienter kan oppleve i forbindelse med stomioperasjoner og belyser et behov som sykepleier må hjelpe pasienter med å håndtere. På grunnlag av tidligere erfaringer og kunnskap om stomi er det valgt å basere dette litteraturstudiet på mestring av stomistell og stomiaksept hos pasienter i forbindelse med stomioperasjoner. Fokuset i dette litteraturstudiet vil være permanente stomier som leder avføring, og det presenteres derfor en nærmere beskrivelse av de to stomitypene.

2.2 Ileostomi

Ileostomi er fremlagt tynntarm og innebærer at den nederste delen av tynntarmen blir lagt frem på pasientens mage. De vanligste årsakene til ileostomi er ulcerøs kolitt og Crohns

sykdom, men andre årsaker kan også være familiær polypose, fistler og skader (Nilsen 2011).

Tykkertarmens funksjon er blant annet væske- og elektrolyttopptak, men ved ileostomioperasjoner blir tykkertarmen som oftest fjernet. Når man får ileostomi vil derfor væske- og elektrolyttopptaket bli redusert, og tarminnholdet vil være tyntflytende og inneholde fordøyelsesenzymmer som er svært hudirriterende. På grunn av risikoen for lekkasje av hudirriterende tarminnhold, konstrueres ileostomi 3-4 centimeter over hudnivået på nedre høyre del av magen til pasienten (ibid).

2.3 Kolostomi

Ved kolostomi er det som oftest siste del av tykkertarmen som blir lagt ut på pasientens mage. Det er vanlig å plassere kolostomien på venstre side, men den kan også plasseres andre steder på pasientens mage avhengig av sykdomstilstanden. Kreft er den vanligste årsaken til behov for kolostomi, men andre årsaker er skader, medfødte misdannelser, stråleskader og kronisk obstipasjon (Nilsen 2011).

Ved anleggelse av kolostomi vil væske- og elektrolyttopptaket påvirkes i liten grad, og avføringen vil derfor være i fast form. Det er liten risiko for lekkasje av tarminnhold på huden, og kolostomien konstrueres derfor kortere enn ileostomi (1-2 centimeter over hudnivået) (ibid).

2.4 Krise

En krise kan oppstå når en person må få stomi grunnet for eksempel alvorlig sykdom som kreft. Vedkommende kan oppleve tap på flere ulike områder, blant annet kontroll over egen avføring. Krise kan defineres slik:

“Med krise menes den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (Håkonsen 2010, s. 276).

En krise er en emosjonell, normal tilstand som alle mennesker kan oppleve når det oppstår et misforhold mellom menneskets kapasitet og ressurser, og kravene som stilles i situasjonen (Håkonsen 2010). Pasienten er i en fremmed og skremmende situasjon, og dette kombinert

med årsaken til behovet for stomi kan føre til at vedkommende opplever en krise (Nilsen 2011). Et kriseforløp består av fire ulike faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Håkonsen 2010).

Sjokkfasen

Dette er den første tiden etter en alvorlig livshendelse, og personen er ikke i stand til å bearbeide opplevelsen ennå. Personen bruker all energi på å forstå hendelsen, og kan vise sterke sorgreaksjoner, angst og fortvilelse (ibid). Det antas at pasienter som er innlagt på sykehus, og for eksempel nettopp har fått en kreftdiagnose og beskjed om behov for stomi, kan befinne seg i denne fasen.

Reaksjonsfasen

Det antas at pasienter som er innlagt på sykehus i forbindelse med stomioperasjoner kan befinne seg i reaksjonsfasen. I denne fasen kommer personens emosjonelle reaksjoner tydeligere til syne. Krisereaksjoner kan her vise seg som sorg, depresjon, gråt, fortvilelse, nedsatt matlyst, søvnvansker og manglende initiativ (ibid).

Bearbeidingsfasen

I denne fasen forsøker personen å bearbeide krisen, noe som også innebærer en aksept av hendelsen. Personen søker stabilitet og trygghet i sitt liv, og denne fasen kan vare opp til flere år (ibid). Det antas at varigheten for de ulike fasene kan være forskjellig hos stomiopererte, men at enkelte kan befinne seg i bearbeidingsfasen i løpet av sykehusoppholdet.

Nyorienteringsfasen

De sterke emosjonelle reaksjonene som er forbundet til krisen, vil her være forbi. Personen har akseptert hendelsen, men kan fortsatt oppleve sorg og fortvilelse over sin livssituasjon. I denne fasen vil allikevel ikke opplevelsen lenger dominere personens hverdag (ibid).

2.5 Stress og mestring

I møte med den stomiopererte har begrepene stress og mestring stor relevans for sykepleiere (Kristoffersen 2012a), og sykepleier trenger kunnskap om vanlige krisereaksjoner og mestring ved sykdom (Nilsen 2011). Stress er ansett som et fenomen de fleste mennesker har kjennskap til og forståelse for. Begrepet betegner ulike typer reaksjoner på belastninger som

mennesket utsettes for. Det er derimot menneskets egen vurdering av den situasjonen vedkommende står i som er avgjørende for hvor belastende situasjonen oppleves og hvilke stressreaksjoner som aktiveres (Kristoffersen 2012a).

Stress og andre psykologiske påkjenninger er ofte knyttet til følelser av ubehag og mistriivsel. Disse følelsene bidrar til et ønske om endring av situasjonen (Håkonsen 2010). Mestring innebærer hvordan personen håndterer situasjonen, og kan defineres som:

“... individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (Håkonsen 2010, s. 279).

Et menneske som får stomi vil ha komplekse og individuelle muligheter til mestring. Dette er én av flere faktorer som vil være med å påvirke hvordan mennesket tilpasser seg den nye situasjonen og hvordan de lærer seg å akseptere sin stomi (Thorpe, McArthur og Richardson 2014). Subjektive opplevelser av muligheten til å lykkes har en sentral rolle i valg av mestringsstrategi (Kristoffersen 2012a). Mestringsstrategier benyttes av mennesker i vanskelige situasjoner for å skape endring og håndtere situasjonen (Håkonsen 2010). I situasjoner som oppleves stressende skiller det mellom to hovedtyper mestringsstrategier: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring (Kristoffersen 2012a).

Problemorientert mestring innebærer ulike typer aktive og direkte strategier for å løse eller håndtere et problem i en vanskelig situasjon. Ved bruk av denne strategien forholder vedkommende seg aktivt og direkte til det situasjonen eller problemet gjelder. Denne strategien brukes som regel når vedkommende selv mener å ha gode muligheter til å mestre situasjonen (ibid).

Emosjonelt orientert mestring tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Denne typen mestring er nødvendig i situasjoner som ikke kan endres og anses som livsnødvendig for å kunne holde ut. I enkelte situasjoner kan emosjonelt orientert mestring anses som et forsøk på å unngå, unnvike eller flykte fra ubehag eller problemer ved hjelp av fortrenkning og isolering av følelser. En person kan for eksempel bagatellisere symptomer på alvorlig sykdom og unngå å kontakte lege (ibid).

2.6 Aksept

Å akseptere handler om å åpne opp og gi rom for smertefulle følelser, fornemmelser, impulser og emosjoner. Når mennesket aksepterer noe slutter man å kjempe mot det, man gir det plass og lar det være slik det er. Det betyr imidlertid ikke at vedkommende liker eller ønsker det, men at man gir rom for det (Harris 2013). Å akseptere kan også forklares ved at man tar en begivenhet eller situasjon til seg eller mottar den, og gi opp nytteløse endringsprosjekter. Begrepet blir imidlertid ofte misforstått og blir ansett som en vurdering istedenfor å bli oppfattet som en handling. Aksept er ingen passiv prosess og innebærer ikke å gi opp noe, men vil ofte være en aktiv, krevende og anstrengende prosess for pasienten (Bach og Moran 2008).

Når en pasient får en permanent stomi, kan ikke denne situasjonen reverseres, men å akseptere stomien kan bidra til å gjenvinne kontroll over eget liv (Nilsen 2011). Det fremstår derfor som essensielt at pasienten lærer seg å akseptere situasjonen til tross for at det kan være en uønsket endring i vedkommendes liv.

2.7 Teoretisk perspektiv på sykepleie

Konkrete sykepleieteorier kan gi oversikt og perspektiver innen fagområder, samt tydeliggjøre sykepleierens funksjonsområder og fokus. Patricia Benner og Judith Wrubel har utviklet en fenomenologisk omsorgsteori som er en kritikk til tradisjonelle sykepleieteorier. Omsorgsteorien tar avstand fra et menneskesyn som deler personen inn i kropp og sinn, og er basert på at mennesket ikke kan forstås dersom det behandles som et objekt (Kristoffersen 2012b).

Ut i fra Benner og Wrubels omsorgsteori må sykepleierens overordnede mål være å hjelpe den enkelte til å mestre sykdom, tap og lidelse. Pasienten er i en situasjon der vedkommende opplever stress i forbindelse med helsesvikt, tap eller sykdom, og kan derfor ikke lenger fungere fritt og ubesværet. Sykepleieren skal derfor hjelpe mennesket til å mestre situasjonen på en måte som ivaretar det som er særlig verdifullt for vedkommende (ibid).

Benner og Wrubel (1989) mener at omsorg innebærer at personer, hendelser, prosjekter og ting har en betydning for mennesket. Begrepet omfatter altså et bredt spekter av relasjoner, alt fra romantisk kjærlighet, omsorg for sitt yrke til omsorg for sine pasienter. Fordi omsorg

innebærer hva som betyr noe for et menneske, er omsorg også relatert til hva som oppleves som stressende. Omsorg gjør altså mennesket sårbart fordi omsorg innebærer at mennesket bryr seg om noe, og elementer kan ikke oppleves som stressende med mindre man bryr seg om det (Benner og Wrubel 1989).

Denne risikoen for sårbarhet kan føre til at mennesket forsøker å skape trygge omgivelser ved å bestemme hva som betyr noe og velge å ikke vise omsorg når noe som har betydning for en trues. Mestringsstrategier kan være beregnet til å øke avstanden fra noe og å øke kontroll grunnet at distanse kan være å foretrekke fordi det er i mindre grad stressende. Dersom de benyttes uhensiktsmessig på denne måten, vil det berøre menneskets muligheter og meninger tilknyttet omsorg. Mestringsstrategier som tar sikte på distansering, kontroll og beherskelse i forbindelse med lidelse, kan føre til en bagatellisering av behov og undertrykkelse av menneskets muligheter til å uttrykke lidelse og frykt (ibid).

Omsorg og engasjert interesse for spesifikke personer, hendelser, prosjekter og ting bidrar til motivasjon. Omsorg er derfor en essensiell forutsetning for mestring, men mestring kan ikke kurere eller fjerne tap og smerte. Mestring kan derimot hjelpe mennesket til å forholde seg til opplevelsen (ibid).

Benner og Wrubel (1989) definerer stress som en forstyrrelse av meninger, forståelse og normal funksjon med opplevelse av skade, tap eller utfordring som konsekvens. Dette krever sorg, fortolkning eller tilegnelse av nye ferdigheter. Stress involverer både personen og situasjonen fordi stress er et resultat av personens vurdering av sin relasjon til situasjonen og sin evne til å tilpasse seg den. Stress er resultatet av personens oppfattelse av situasjonens mening og betydning for selvet, når meningen innebærer utfordring, tap, trussel eller skade (Benner og Wrubel 1989).

Behov for sykepleie oppstår når mennesket opplever stress fordi meningsfulle elementer trues av enkelte situasjoner som helsesvikt, sykdom og tap. Opplevelsen av stress er individuell og er et resultat av et samspill mellom forhold i personen og i omgivelsene, og er knyttet til behovet for sykepleie. Omsorgsteorien tar sikte på at sykepleieren må tilnærme seg pasientens situasjon på en helhetlig måte hvor pasientens opplevelse er utgangspunktet (Kristoffersen 2012b).

Det som anses som betydningsfullt, bekymringer, bakgrunnsforståelse, ferdigheter og vaner er faktorer som definerer hva som oppleves som stressende, og hvilke muligheter for mestring som er tilgjengelig. Mestring innebærer hva mennesket kan stille opp med mot forstyrrelsen av mening, forståelse og/eller normal funksjon (Benner og Wrubel 1989). Mestring kan aldri måles ut i fra objektive kriterier på god eller mindre god mestring, men må bedømmes ut i fra menneskets forståelse, vurdering og muligheter. Mestring er begrenset av de betydninger og problemstillinger som er knyttet til det som oppfattes som stressende. Noen valg vil derfor aldri kunne være aktuelle i forhold til det som oppfattes som betydningsfullt for mennesket (Kirkevold 2012).

Det tenkes at pasienter som gjennomgår stomioperasjoner kan oppleve stress fordi de kan oppleve tap av funksjon og noe de har omsorg for. Å kunne ivareta seg selv og ha viljestyrt avføring vil sannsynligvis oppleves som betydningsfullt for de aller fleste, og det er rimelig å anta at når denne muligheten blir fratatt pasienten, kan dette oppleves som stress. I følge Benner og Wrubel (1989) kan stress kreve tilegning av nye kunnskaper, og det tenkes at dette er relevant for pasienter som skal mestre stomistell i forbindelse med stomioperasjoner. Fordi Benner og Wrubel (1989) ser sammenhenger mellom omsorg, stress og mestring, tenkes det at deres syn på de ulike fenomenene kan bidra til å hjelpe sykepleier å forstå pasienter som gjennomgår stomioperasjoner.

2.8 Hensikt og problemstilling

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter til å mestre stomistell og bidra til aksept av stomi, i forbindelse med stomioperasjoner. Problemstillingen som skal avdekkes i oppgaven blir derfor:

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter, i forbindelse med stomioperasjoner, kan mestre stomistell og akseptere sin stomi?

3 Metode

I dette kapitlet vil det redegjøres for oppgavens metode, kvalitativ og kvantitativ metode, valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier, forskningsetikk og søk og analyse. Under overskriften «søk og analyse» vil det redegjøres for valg av databaser, søkeord og antall treff, og søkedokumentasjon vil fremstilles i tabell. Samlet vil kapitlet gi en oversikt over fremgangsmåten i litteraturstudiet, utvalgte vitenskapelige artikler og analyse av artiklene.

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven har litteraturstudie som metode. En metode innebærer fremgangsmåter som benyttes for å strukturere en studie og for å innhente og analysere relevant informasjon (Polit og Beck 2014). Litteraturstudie som metode innebærer å søke etter svar på en problemstilling eller et forskningsspørsmål ved hjelp av allerede eksisterende forskningsresultater. Søket og analysen av forskningsresultatene foregår med en systematisk tilnærming (Aveyard 2014), og hensikten er å benytte resultatene for å undersøke hva som er kjent angående et spesifikt tema (Polit og Beck 2014).

Et litteraturstudie bør inneholde en klar og tydelig problemstilling, søkestrategi for å identifisere relevante studier, tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier som bestemmer valg av studier, presentasjon av metodevalg, resultatpresentasjon, gjennomføring av tydelig analyse og fremstilling av alle sentrale deler av studien (Forsberg og Wengström 2008).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Valgte vitenskapelige artikler for dette litteraturstudiet er studier utført ved hjelp av kvantitativ eller kvalitativ metode. Den største forskjellen mellom de ulike metodene er hvordan det er valgt å samle inn forskningsresultater (Dalland 2012).

Kvantitativ metode innebærer bruk av tall i datainnsamlingen (Aveyard 2014), og metoden gir derfor data i form av målbare enheter og gir muligheter for regneoperasjoner (Dalland 2012). Et eksempel kan være å undersøke hvor mange pasienter som mestrer stomistell fem dager etter stomioperasjonen. Den kvalitative metoden lar seg derimot ikke tallfeste eller måle, men kan beskrive meninger og opplevelser i forbindelse for eksempel stomioperasjoner. Metoden bygger på mange opplysninger om få undersøkelsesenheter, og datainnsamlingen skjer i

direkte kontakt med feltet (ibid).

For dette litteraturstudiet, hvor vi skulle se nærmere på hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter til å mestre stomistell og akseptere sin stomi, tenkes det at både kvantitative og kvalitative forskningsartikler har vært nyttige for å besvare valgt problemstilling. Kvantitative og kvalitative forskningsartikler kan bidra til en helhetlig oversikt basert på statistikk og meninger og opplevelser fra både pasient- og helsepersonellperspektivet.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er et hjelpemiddel for å danne fokus for søk i forbindelse med et litteraturstudie (Aveyard 2014). Problemstillingen i dette litteraturstudiet skulle, i følge Undervisningsplan for 13HBSPLH ved NTNU i Gjøvik, besvares ved hjelp av fem til ti vitenskapelige artikler. Det ble derfor satt opp ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble benyttet i utvelgelsesprosessen ved søk etter vitenskapelige artikler.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert etter år 2000	Omhandler andre typer stomi
Inneholde forskning, følge IMRaD-struktur og være fagfelleverdert	Omhandler personer utenfor sykehus
Tidsskriftet artikkelen er publisert i skal ha vitenskapelig nivå én eller to	Mangler forskning eller fagfellevurdering
Skrevet på engelsk eller nordisk språk	Omhandler religiøse oppfatninger
Relevant for problemstilling	Mangler fokus på mestring og aksept i forbindelse med stomioperasjoner
Forskningen må være overførbar til norsk helsevesen	Resultatene er fremlagt på grunnlag av bare ett kjønn (for eksempel kun menn)
Omhandle personer over 18 år	Artikkelen omhandler forskning på personer med funksjonsnedsettelse eller psykiske lidelser
Omhandle kolo- og/eller ileostomi	

3.3.1 Begrunnelser for valg av kriterier

3.3.1.1 Inklusjonskriterier

At de vitenskapelige artiklene bør være publisert etter år 2000 begrunnes med at det gjerne fremkommer mer relevant og nyere forskning etter hvert som tiden går. I følge Norsk Sykepleierforbund (2011) har hver enkelt sykepleier ansvar for å holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og skal kunne bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Det anses som nødvendig å benytte forskning som er faglig oppdatert for å kunne bidra til kvalitetsutvikling, og det er derfor valgt å ekskludere eldre forskning.

Mange vitenskapelige artikler følger IMRaD-struktur, som er en forkortelse for “introduksjon/introduction”, “metode/methods”, “resultat/results” og (and) “diskusjon/discussion” (Dalland 2012; Aveyard 2014). Introduksjonen gir en oversikt over aktuelt forskningstema, mens metode beskriver metoden som er benyttet for å besvare forskningsspørsmålet. Resultatene presenterer funn fra forskningen, gjerne i form av en beskrivende tekst og utfyllende tabeller. I diskusjonen diskuteres resultatene opp mot relevant litteratur, og forfatterne gir forklaringer på funnene og beskriver hvordan de kan benyttes i praksis (Aveyard 2014). Vi anser IMRaD-struktur som et av flere kvalitetstegn for å vurdere om artikkelen er vitenskapelig.

Hensikten med en vitenskapelig artikkel er å presentere ny forskning (Lerdal 2012). Grunnet krav om benyttelse av fem til ti vitenskapelige artikler i litteraturstudiet, har det derfor vært nødvendig å inkludere artikler som inneholder forskning. Dersom artikkelen inneholder forskning, er det likevel ikke en selvfølge at den er vitenskapelig. For at en artikkel skal kunne defineres som vitenskapelig må i tillegg tidsskriftet den er publisert ha vitenskapelig nivå én eller to, hvor nivå to anses å være av høyest kvalitet. For å undersøke hvilket vitenskapelig nivå tidsskriftet har, ble “Norsk senter for forskningsdata” (NSD) benyttet. Det ble søkt på artikkelens ISSN-nummer eller tidsskriftets navn. Det er fortrinnsvis vært ønskelig å benytte vitenskapelige artikler fra tidsskrift som er vurdert til nivå to, men det har også vært nødvendig å ta i bruk artikler fra tidsskrift med nivå én-vurdering.

Ett av inklusjonskriteriene er at valgte artikler skal være skrevet på engelsk eller nordisk

språk. Dette begrunnes med at innholdet i teksten skal være mulig å forstå og lese, og overføre til litteraturstudiet. Det er derimot en mulighet, dersom artiklene er skrevet på et annet språk enn norsk, at innholdet kan feiltolkes. Det har derfor vært essensielt å lese alle artikler grundig, slik at misoppfattelser har blitt unngått.

For å kunne besvare valgt problemstilling ved hjelp av vitenskapelige artikler, har det vært et kriterie at artiklenes innhold er relevant for problemstillingen. Å benytte en artikkel som ikke er relevant ville ikke ledet til et svar på problemstillingen, og har derfor blitt ekskludert. Valgte artikler må også være overførbare til helsevesenet i Norge, og dette begrunnes med at helsepolitikk i ulike verdensdeler og land kan være ulikt. Helseforholdene bør være sammenliknbare for å kunne overføre og benytte forskningsresultatene i norsk helsevesen.

3.3.1.2 Eksklusjonskriterier

Det er valgt å begrense litteraturstudiet til pasienter med kolostomi og ileostomi. Det er valgt å ikke spesifisere én av avføringsstomiene av hensyn til søket, da søket sannsynligvis ville blitt for snevert. Andre stomityper ekskluderes fordi det kan tenkes at omfanget av flere typer stomi vil bli for bredt for dette litteraturstudiet. Avgrensningen skyldes også at kolostomi og ileostomi har flere elementer til felles, og at det er andre hensyn å ta i forbindelse med andre typer stomier. Det kan tenkes at opplevelsen ved de ulike typene stomi kan være svært forskjellige og at de muligens ikke er sammenliknbare i forhold til valgt problemstilling for dette litteraturstudiet.

Det er valgt å avgrense litteraturstudiet til pasienter innlagt på sykehus i den pre- og postoperative fasen grunnet at stomioperasjoner foregår på sykehus, og at mestring av stomistell og stomiaksept antas å ha høy prioritet under pasientens sykehusopphold. Vi har i tillegg valgt å ekskludere forskning på personer under 18 år. Dette skyldes at vi mener at barn og unge kan ha andre behov enn voksne. Det tenkes også at barn og voksne kan ha ulike måter å mestre situasjonen på, og at sykepleien til de ulike aldersgruppene derfor vil være forskjellig.

Det er ikke tatt høyde for religiøse meninger i dette litteraturstudiet fordi det tenkes at religion er svært individuelt. Det antas at sykepleien vil bli svært forskjellig for de ulike religionene, og at litteraturstudiet dermed vil få et for vidt omfang.

Av hensyn til oppgavens omfang er det valgt å ekskludere forskning som omhandler seksualitet og selvbilde i forbindelse med stomi. Det tenkes at fokus på seksualitet og selvbilde i forbindelse med stomi kan være mindre prioritert i den pre- og postoperative fasen, og at hovedfokuset vil være mestring av stomistell og stomiaksept.

Vi har valgt å ekskludere forskning basert på kun ett kjønn. Dette skyldes at svaret på problemstillingen sannsynligvis ikke ville blitt fullstendig representativ, da både kvinner og menn får stomi, og resultatene ville derfor kun vært overførbare til ett kjønn. For å få en større forståelse for hvordan man kan mestre stomistell og akseptere stomi, er det derfor ønskelig med resultater basert på begge kjønn.

Det er valgt å ekskludere forskning på personer med psykiske/fysiske funksjonsnedsettelse eller psykiske lidelser. Det tenkes at de kan ha et annet veiledningsbehov og en annen kapasitet for mestring og aksept i forbindelse med stomioperasjoner.

3.3.2 Forskningsetikk

Det er i tillegg til inklusjons- og eksklusjonskriterier, lagt vekt på forskningsetikk når det er foretatt artikkelutvalget. Under andre verdenskrig ble det iverksatt forskning hvor uskyldige innsatte ble utsatt for et stort antall grove overgrep. I den forbindelse ble Helsinkideklarasjonen opprettet, som innebærer retningslinjer for forskning som omhandler mennesker. Retningslinjene innebærer blant annet at ”hensynet til individet skal gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnyten” (Slettebø 2012, s. 210). I forbindelse med forskning skal forsøkspersonene motta skriftlig informasjon om studien, det skal alltid innhentes samtykke fra dem som blir forsket på, deltakelsen skal være frivillig og det skal være mulig å trekke seg fra forskningen underveis uten negative konsekvenser. Personen som deltar i forskning har også krav på konfidensialitet og vern om opplysninger som gis til forskeren (Slettebø 2012). Helseforskningsloven (2008) beskriver også krav om forsvarlighet, organisering av forskning, taushetsplikt, hensyn til individer, samtykke og informasjonsplikt.

Alle helsefaglige og medisinske forskningsprosjekter skal vanligvis søkes om for å få en etisk vurdering av prosjektbeskrivelsen, og må godkjennes før de kan igangsettes. Alle prosjekter som berører pasienter eller andre sårbare grupper, må vurderes av en regional etisk komité tilknyttet forskningslederens arbeidssted. I Norge gjøres denne vurderingen av Regional etisk

komité (REK) som består av flere representanter med medisinsk, psykologisk, etisk, juridisk og sykepleie- eller helsefaglig kompetanse, i tillegg til en lekrepresentant som vanligvis er en politiker (Slettebø 2012).

3.4 Søk og analyse

Søk etter vitenskapelige artikler innebærer å utvikle søkeord som er logiske og relevante for valgt problemstilling (Aveyard 2014). I forkant av søket ble det bestemt aktuelle søkeord, blant annet stoma/ostomy, stoma care, acceptance, education og nurs*. De ulike søkeordene er blitt kombinert med “AND” for å avgrense og få resultater som omhandler valgte søkeord. Ved å kombinere ulike søkeord har man kommet frem til vitenskapelige artikler som følger inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er valgt for dette litteraturstudiet.

Det er foretatt grundige søk i databasene Ovid Medline, SveMed+, Cinahl Complete og Pubmed for å finne frem til vitenskapelige artikler. Ovid Medline er en medisinsk og sykepleiefaglig database med stort utvalg, og Cinahl Complete er helsefaglig database med utvalg fra Nord-Amerika og Europa (Aveyard 2014). SveMed+ er en svensk database som inneholder artikler fra skandinaviske tidsskrifter (Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket), og PubMed er en database som inneholder blant annet vitenskapelige tidsskrift (National Center for Biotechnology Information 2016). De fire databasene inneholder altså helsefaglig litteratur og er blitt benyttet på grunnlag av dette.

Ved utvelgelse av de vitenskapelige artiklene ble først tittel og abstrakt (sammendrag) lest for å undersøke om artikkelen hadde relevans for valgt problemstilling. Artikler som ble ansett som relevante ble grundigere gjennomgått med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Dersom aktuelle artikler fulgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene, ble tidsskriftet artikkelen var publisert i undersøkt angående vitenskapelig nivå i NSD. Dersom tidsskriftet hadde vitenskapelig nivå én eller to, ble hele artikkelen gjennomgått, lest og vurdert i forhold til relevans for problemstilling. Der hvor fulltekst har vært utilgjengelig i databasene, ble det forsøkt å søke på tittelen til artikkelen i Google Scholar for å finne artikkelen i fulltekst.

3.4.1 Søkedokumentasjon

De ni utvalgte vitenskapelige artiklene ble ført inn i en tabell for søkedokumentasjon. I søkedokumentasjonen ble det lagt inn benyttet database, søkeord og eventuelle avgrensninger,

kombinasjoner, antall treff, valgt artikkel og dato for funn. Søkedokumentasjonen gir lesere en oversikt over utførte søk og viser hvordan de vitenskapelige artiklene er funnet.

Database	Søkeord og eventuelle avgrensninger	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel	Dato for funn
Ovid Medline	Ostomy, patient perspective og care	1 AND 2 AND 3	8	Ostomy patients' perceptions of quality of care (2005)	15.02.16
Ovid Medline	Patient, self-care, stoma og postoperative	1 AND 2 AND 3 AND 4	92	Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period (2015)	11.04.16
Cinahl Complete	Stoma care, nurses og acceptance	1 AND 2 AND 3	5	Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships (2007)	15.02.16
Cinahl Complete	Patient, relative, care, experience og quality care	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	172	Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care (2001)	15.02.16
Cinahl Complete	Postoperative, ostomy care og nursing care	1 AND 2 AND 3	18	Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration (2015)	04.03.16
PubMed	Stoma og education Krysset av slik at resultatene skulle inneholde søkeord i tittel	1 AND 2	22	Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education: A Randomized, Controlled trial (2005)	04.04.16
PubMed	Permanent ostomy, nurs* og education	1 AND 2 AND 3	20	Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs (2013)	15.02.16
PubMed	Coping, acceptance og stoma	1 AND 2 AND 3	10	Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas (2009)	13.04.16
SveMed+	Informasjon og operasjon	1 AND 2	1	Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. – En kvalitativ studie (2004)	30.03.16

3.4.2 Analyse av vitenskapelige artikler

Når artikkelsøket og utvelgelse av artikler var fullført, ble det igangsatt analyse av artiklene. Hensikten med analyse er å sammenfatte de ulike resultatene i studiene og finne et svar og en helhet man ikke ville funnet ved å lese alle studiene individuelt (Aveyard 2014). Alle artikler ble grundig gjennomgått, samtidig som essensiell informasjon om artiklene ble fylt inn i matriser. Matrisene gir leser en kort oversikt over de viktigste elementene i studien: tittel, år, land, forfattere, tidsskrift, fagfelle vurdering, hensikt, metode og relevante resultater. Deretter ble det valgt å grundig lese og skrive alle relevante funn fra artiklene i en beskrivende tekst del oppdelt i kategorier. For dette litteraturstudiet ble hovedkategoriene ”informasjon og veiledning i forbindelse med stomioperasjoner”, ”sykepleiers rolle i forbindelse med stomioperasjoner”, ”stomiaksept” og ”mestring av stomistell” valgt som hovedkategorier.

4 Resultatpresentasjon

I dette kapittelet vil resultatene fra ni utvalgte vitenskapelige artikler presenteres i matriser. Til slutt vil kapittelet inneholde en sammenfattet bearbeiding av resultatene inndelt i fire hovedkategorier. Hensikten med å presentere resultatene er å finne et svar på valgt problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter, i forbindelse med stomioperasjoner, kan mestre stomistell og akseptere sin stomi?

4.1 Matriser

Tittel, land og år	Ostomy patients' perceptions of quality of care Sverige 2005
Forfattere, tidsskrift og fagfelle vurdering	Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A.L., Lappas, G. og L. Hultén Journal of Advanced Nursing Nivå 2
Hensikt	Vurdere pleiekvaliteten stomipasienter mottok ved hjelp av pasientperspektivet.
Metode	Kvantitativ studie hvor 42 pasienter med ileostomi og 49 pasienter med kolostomi deltok. Deltakerne fikk tilsendt spørreskjema i posten.
Resultater	De fleste deltakerne mente at betydningen av informasjon og deltakelse i valg var viktig. Cirka 30 prosent mente at informasjonen de fikk var utilfredsstillende, og cirka 60 prosent mente at deres mulighet til å delta i valg var for dårlig. Over 90 prosent av deltakerne mente det var viktig at sykepleierne behandlet dem med respekt, høflighet og ærlighet.

Tittel, land og år	Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships Storbritannia 2007
Forfattere, tidsskrift og fagfelleevaluering	Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K.A. og L. L. M. Liles Journal of Advanced Nursing Nivå 2
Hensikt	Undersøke hvordan sosiale interaksjoner, selvhjulpenhet i forbindelse med stomi og aksept av stomi henger sammen med tilpasning til stomi.
Metode	Kvantitativ studie hvor 51 deltakere deltok. Det ble samlet inn demografiske og kliniske data. Seks måneder etter operasjonen mottok deltakerne spørreskjema i posten.
Resultater	Selvhjulpenhet, stomiaksept og sosiale forhold er relatert til tilpasning til stomi. Stomiaksept og sosiale forhold er også relatert til hverandre, og begge er relatert til selvhjulpenhet. Stomiaksept, selvhjulpenhet og lite ubehag i forbindelse med sosiale situasjoner førte til større sannsynlighet for tilpasning seks måneder etter operasjonen.

Tittel, land og år	Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration Storbritannia 2014
Forfattere, tidsskrift og fagfelleevaluering	Thorpe, G., McArthur, M. og B. Richardson International Journal of Nursing Studies Nivå 2
Hensikt	Undersøke erfaringer om avføringsstomi. Dette for å undervise helsepersonell, hovedsakelig sykepleiere, om sykepleie til individer med nyoperert stomi.
Metode	Kvalitativ studie hvor tolv pasienter, fire kirurger, tre stomisykepleiere og tre sykepleiere ble inkludert i studien. Pasientene ble intervjuet tre ganger, mens helsepersonell ble intervjuet én gang.
Resultater	Deltakere følte at de mottok lite hjelp for å bli selvstendige i praktisk stomistell. Behov for mer hjelp enn andre førte til tap av autonomi og skyldfølelse. Kunnskap og forståelse fremstod som viktig preoperativt og bidro til stomiaksept og at pasientene kunne forberede seg på livet med stomi. Informasjon fra helsepersonell førte til motivasjon for deltakerne til å ta egne avgjørelser. At helsepersonell lyttet til og verdsatte pasientens tanker bidro til et tillitsforhold.

Tittel, land og år	Patient's and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care Storbritannia 2001
Forfattere, tidsskrift og fagfelleevaluering	M. Attree Journal of Advanced Nursing Nivå 2
Hensikt	Å undersøke pasienter og pårørendes oppfatninger av kvalitet på pleie. Identifisere nøkkeltrekk for å evaluere oppfatninger av kvalitet på pleie.
Metode	Kvalitativ studie hvor 34 pasienter og syv pårørende deltok. Ustrukturerte intervjuer ble utført på utskrivelsesdagen eller så nært utskrivelse som mulig.
Resultater	God pleie ble ansett som individualisert, inkluderende og pasientfokustert pleie med relasjon til pasientenes behov. Ivaretagelse av retten til autonomi, omsorg og åpen toveiskommunikasjon ble ansett som viktig. Mindre god pleie ble blant annet beskrevet som ikke relatert til behov og upersonlig. Dette førte til at pasientene følte seg depersonalisert og ekskludert.

Tittel, land og år	Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon Norge 2004
Forfattere, tidsskrift og fagfelleevaluering	Grønnestad, B. K. og A. Blystad Vård i Norden Nivå 1
Hensikt	Undersøke hvordan pasienter opplever informasjonen de får i forbindelse med en operasjon.
Metode	Kvalitativ studie hvor åtte deltakere fra to gastrokirurgiske sengeposter ble intervjuet så nært utskrivelse som mulig.
Resultater	Informasjon er svært viktig fordi det fører til trygghetsfølelse, opplevelse av å ha kunnskap og mindre usikkerhet og engstelse. I preoperativ fase er informasjon om diagnose, undersøkelser, behandling, sykdommens alvorlighetsgrad og prognose viktigst. I postoperativ fase hadde pasientene fortsatt et stort informasjonsbehov.

Tittel, land og år	Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy Danmark 2013
Forfattere, tidsskrift og fagfelle vurdering	Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K. og J. Rosenberg. Ostomy and Continence Nurses Society Nivå 1
Hensikt	Undersøke påvirkningen av permanent stomi på dagliglivet og å erverve mer kunnskap om behov for undervisning.
Metode	En kvalitativ studie hvor 15 deltakere, fordelt i to grupper, ble dybdeintervjuet gruppevis.
Resultater	Det var viktig å kommunisere åpent om stomi. Det var også essensielt å bli sett som person når pasientene skulle lære å leve med sin stomi. Å ha en fast sykepleier var viktig og sikret kontinuitet i undervisningen. Tidspunktet for undervisningen ble ansett som avgjørende for å mestre sin stomi. Undervisningen som ble gitt på sykehuset passet ikke med behovene de hadde etter at de kom hjem.

Tittel, land og år	Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education: A Randomized, Controlled Trial Storbritannia 2005
Forfattere, tidsskrift og fagfelle vurdering	Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I. og A. F. Horgan Diseases of the Colon & Rectum Nivå 1
Hensikt	Hensikten med studien var å sammenligne samfunnsbasert, preoperativ stomiveiledning med konvensjonell stomiveiledning etter elektiv kolorektal kirurgi.
Metode	En kvantitativ studie hvor 42 pasienter ble plassert i en studiegruppe og en kontrollgruppe. Studiegruppen fikk i to ekstra hjemmebesøk av spesialsykepleier før operasjonen. Ved hjemmebesøk fikk de mer informasjon om stomi.
Resultater	Gjennomsnittstid for å mestre stomien selv var 5,5 dager for studiegruppen sammenliknet med 9 dager for kontrollgruppen. Studiegruppen hadde et lavere antall dager på sykehus enn kontrollgruppen. Etter utskrivelse hadde kontrollgruppen behov for flere uplanlagte besøk enn studiegruppen.

Tittel, land og år	Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas USA: Tucson, Indianapolis og Los Angeles 2009
Forfattere, tidsskrift og fagfellevurdering	Krouse, R. S., Grant, M., Rawl, S. M., Mohler, M. J., Baldwin, C. M., Coons, S. J., McCorkle, R., Schmidt, C. M. og Y.K. Clifford Journal of Psychosomatic Research Nivå 1
Hensikt	Hensikten med studien var å økte forståelsen av de største utfordringene med stomi, beskrevet av pasienter. Funnene kan hjelpe pasienter gjennom den vanskelige postoperative perioden.
Metode	En kvalitativ studie hvor 239 deltakere svarte på spørreskjemaer minimum to måneder etter stomioperasjonene.
Resultater	Flere menn benyttet problemorientert mestring, mens flere kvinner benyttet emosjonelt orientert mestring. Positiv tankegang var viktig for tilpasning til stomien. Bruk av humor, anerkjennelse av positive endringer, fokus på normalisering og livsendringer ble nevnt for å fremme tilpasning til stomi.

Tittel, land og år	Patients Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period Singapore 2015
Forfattere, tidsskrift og fagfellevurdering	Lim, S. H., Chan, S. W. C. og H. G. He Cancer Nursing Nivå 2
Hensikt	Undersøke pasienters opplevelser av å håndtere stomi i den postoperative perioden.
Metode	En kvalitativ studie hvor tolv deltakere med nyoperert stomi ble intervjuet med åpne spørsmål. Intervjuene foregikk cirka tre uker etter utskrivelse.
Resultater	Pasientene følte seg uforberedte ved utskrivelse grunnet for lite kunnskap om stomi. Den preoperative informasjonen var utilstrekkelig og informasjon postoperativt var overveldende. Noen pasienter følte seg ukomfortable når de håndterte stomien i den postoperative perioden.

4.2 Sammenfatning av resultater

4.2.1 Informasjon og veiledning i forbindelse med stomioperasjoner

I Grønnestad og Blystad (2004) ga pasientene uttrykk for at informasjon og helsepersonells kunnskap og kompetanse er svært viktig fordi det fører til trygghetsopplevelse og økt tillit til personalet. For at helsepersonell kunne erverve god innsikt i pasientens behov og dermed gi råd, forklaringer og informasjon tilpasset den enkelte pasient, burde informasjon foregå via toveis, åpen kommunikasjon. Denne kommunikasjonsmetoden bidro til utvikling av gode relasjoner mellom pasienter og helsepersonell (Attree 2001).

I Persson mfl. (2005) viste det seg informasjon om operasjon, undersøkelser, prøveresultater og ansvarlige leger og sykepleiere ble ansett som svært viktig. I Attree (2001) var kunnskap om sykdom, helsetilstand og prognose viktig for bearbeidelse av følelser relatert til sykdommen og å redusere usikkerhet og engstelse. Kunnskap om situasjonen innebar en opplevelse av å ha kontroll, noe som igjen skapte trygghet og håp (ibid).

Cirka 30 prosent i Persson mfl. (2005) oppga at de ikke mottok tilstrekkelig informasjon om overnevnte temaer, og enkelte pasienter i Grønnestad og Blystad (2004) følte at det i stor grad var opp til dem selv å få dekket sitt informasjonsbehov. For å motta tilstrekkelig informasjon var det nødvendig for pasientene å selv stille spørsmål angående det de ønsket informasjon om (ibid).

I Danielsen mfl. (2013) viste det seg at det å ha en fast sykepleier sikret kontinuitet i undervisning og veiledning. Valg av tidspunkt og en vurdering av pasientens evne til å motta undervisning og veiledning var essensielt for at pasienten skulle mestre stomistell ved utskrivelse (ibid).

4.2.1.1 Preoperativ informasjon og veiledning

Preoperativ informasjon og veiledning burde, i følge Thorpe, McArthur og Richardson (2014), omhandle diagnosen, operasjonen, stomi og forventninger til livet etter stomi. Dette medførte at pasientene kunne forberede seg på et liv med stomi, stomien og sin nye livssituasjon (ibid). Tilstrekkelig preoperativ informasjon medførte også i Lim, Chan og He (2015) at pasientene kunne forberede seg bedre. Informasjonen pasientene mottok

preoperativt var utilstrekkelig, og det var ønskelig med mer informasjon om stomi, stomiens utseende, forskjellig stomiutstur og stomistell (ibid).

I Grønnestad og Blystad (2004) kom det frem at pasienter som måtte vente på informasjon opplevde dette som svært belastende og hadde større behov for emosjonell støtte, og utilstrekkelig preoperativ informasjon medførte, i Lim, Chan og He (2015), at pasientene postoperativt følte seg overveldet. Til tross for at undervisning og veiledning blir ansett som viktig og nyttig, var det i Danielsen mfl. (2013) enkelte pasienter, som mottok veiledning i den preoperative fasen, som følte at veiledningen ikke stemte over ens med opplevelsene de hadde postoperativt.

Skriftlig informasjon preoperativt ble, i Grønnestad og Blystad (2004), ansett som med begrenset nytteverdi. En pasient uttalte seg om skriftlig informasjon:

“Du ser igjennom det, men det er ikke det du leser flittigst. Du tenker at noen vil nok hjelpe deg underveis” (Grønnestad og Blystad 2004, s. 5).

I Chaudhri mfl. (2005) mottok en gruppe pasienter veiledning om stomi av spesialsykepleier før operasjonen. Denne gruppen brukte kortere tid på å mestre sin stomi, sammenliknet med pasientgruppen som ikke mottok preoperativ veiledning av spesialsykepleier. Dette førte til kortere tid på sykehus og mindre behov for hjelp etter utskrivelse (ibid). Preoperativ informasjon og veiledning bidro også til stomiaksept i Thorpe, McArthur og Richardson (2014). Informasjonen bidro dessuten til følelser av autonomi og kontroll. De fleste pasientene ønsket en direkte, ærlig og omfattende tilnærming ved informasjon og veiledning, slik at de kunne forberede seg på en realistisk måte (ibid).

4.2.1.2 Postoperativ informasjon og veiledning

I Grønnestad og Blystad (2004) hadde pasientene enda et stort informasjonsbehov postoperativt, men spesielt angående symptomer, prognose og fremtidsutsikter. Det viste seg at individuell informasjon fra sykepleiere og leger var begrenset, og legevisitt ga lite utbytte da flere pasienter oppfattet at de ikke ble lyttet til:

“Det virker som om de hører veldig lite på hva en sier. Hvis en snakker, så snur de seg

vekk og gjør noe annet. Det er akkurat som om det ikke interesserer dem, for det er de som vet hvordan det er med alt. Jeg trodde bare at det kunne være interessant å snakke med pasientene” (Grønnestad og Blystad 2004, s. 6).

I den postoperative fasen følte pasienter seg overveldet, frustrerte og hjelpesløse grunnet stomien. Pasientene følte seg traumatiserte og skremte når de så stomien, og noen følte seg nervøse og bekymret for stomistell. Pasientene forstod at de ikke hadde noe valg angående operasjonen, og de følte derfor manglende kontroll over eget liv. Disse følelsene oppstod hyppigst de første to til tre ukene etter operasjonen (Lim, Chan og He 2015).

I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) viste det seg at følelsen av kontroll kunne opprettholdes dersom de preoperative forventningen stemte over ens med de postoperative opplevelsene. Der hvor forventningene avvek fra postoperative opplevelser, opplevde noen pasienter å føle seg engstelige og hadde negative oppfatninger angående helsepersonell.

Behov for informasjon om komplikasjoner viste seg å variere avhengig av om pasientene fikk komplikasjoner eller ei. Pasienter som ikke hadde mottatt informasjon om komplikasjoner, men fikk komplikasjoner, uttrykte et sterkt behov for preoperativ informasjon angående komplikasjoner. De som ikke fikk komplikasjoner hadde derimot ikke ønsker om denne informasjonen (Grønnestad og Blystad 2004).

Normale kroppslige reaksjoner og risiko for komplikasjoner omkring operasjoner ble i mindre grad informert om preoperativt, og flere følte engstelse og usikkerhet i forbindelse med dette postoperativt (ibid). En pasient uttalte seg om manglende informasjon om en normal kroppslig reaksjon etter stomioperasjon:

“Jeg ble så forbauset etterpå fordi jeg ikke hadde fått noe informasjon om at det kunne komme avføring i endetarmen etter operasjonen, etter at det var sydd igjen. (...)

Så det synes jeg var dårlig, og det tror jeg de fleste hadde hatt lyst til å vite” (Grønnestad og Blystad 2004, s. 6).

4.2.2 Sykepleiers rolle i forbindelse med stomioperasjoner

I Attree (2001) ble god sykepleie ansett som individualisert, pasientfokusert og relatert til

behov. Det var viktig for pasientene at helsepersonell så pasientene som individer og viste respekt for deres rettigheter, verdighet og privatliv. Sykepleiere som fremstod som varme, vennlige, glade, sosiale og tilgjengelige ble ansett som helsepersonell som utøvde god sykepleie. Helsepersonell som viste omsorg, medfølelse, sensitivitet og sympati ble kommentert positivt, og dette var også tilfelle for sykepleiere som fremstod som tålmodige (ibid). Dette understøttes av Persson mfl. (2005) hvor mange av pasientene mente at det var viktig at sykepleiere behandlet dem med respekt, høflighet og ærlighet, samt forstod pasientenes situasjoner. Noen av sykepleierne i Thorpe, McArthur og Richardson (2014) ble ansett som lite forståelsesfulle angående opplevelsen av å ha stomi.

Flere studier viser at pasientene ønsket å delta i avgjørelser angående medisinsk og personlig pleie (Attree 2001; Persson mfl. 2005). Likevel fremviser Persson mfl. (2005) resultater hvor over 50 prosent av deltakerne følte at de ikke mottok mulighet til å delta i avgjørelser. I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) fremkom utsagn om at helsepersonell tok kontroll over avgjørelser, noe som medførte at pasienter følte mangel på autonomi.

I Attree (2001) ble sosial kontakt ansett som en metode for å skape relasjoner og tillitsforhold mellom sykepleiere og pasienter, og førte til at pasientene følte at de kunne diskutere og fortelle om bekymringer. At sykepleier lyttet til og verdsatte pasientens tanker viste seg også å medføre et tillitsforhold i Thorpe, McArthur og Richardson (2014).

I Danielsen mfl. (2013) viste det seg at å møte individuelle og emosjonelle behov hos pasienter viste seg å være utfordrende på grunn av annen aktivitet i avdelingen og ulike interesser for stomistell. Tidspress viste seg også å medføre manglende tillitsforhold mellom sykepleier og pasient i Thorpe, McArthur og Richardson (2014).

I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) kom det frem at enkelte sykepleiere hadde mangel på tillit til egne kunnskaper, noe som førte til unngåelse av stomistell. Enkelte sykepleiere var i tillegg bekymret for å forvirre pasienten med stomiundervisning:

“I don't like to get too involved with it (stoma education) because I feel if (the stoma nurses) are teaching them one way and I'm showing another way then that's going to confuse the patient” (Thorpe, McArthur og Richardson 2014, s. 384).

4.2.3 Stomiaksept

Krouse mfl. (2009) kom frem til at det vanligste problemet blant pasientene i studien var mestring og aksept av sin stomi. I Lim, Chan og He (2015) oppga pasientene at det tok mellom to til fire uker etter utskrivelse for å tilpasse seg stomien. Dette skyldtes at det tok tid å bli vant med stomiens utseende og stomistellet (ibid).

I Simmons mfl. (2007) viste det seg at pasienter med ileostomi i mindre grad aksepterte sin stomi enn pasienter med kolostomi, på grunn av større forekomst av lekkasjer. Lekkasje har vist seg å representere avhengighet og tap av kontroll i Thorpe, McArthur og Richardson (2014).

I følge Danielsen mfl. (2013) nevnte pasientene viktigheten av å være åpen om sin stomi. Simmons mfl. (2007) påpekte at pasienter bør oppmuntres til å akseptere sin stomi og engasjere seg i sosiale aktiviteter. Mestring av stomistell viste seg å være relatert til evnen til å akseptere stomien, og pasienter som aksepterte sin stomi var i større grad i stand til å håndtere den effektivt og føle lite ubehag i sosiale situasjoner (ibid).

Mestringstrategiene emosjonelt orientert mestring og problemorientert mestring viste seg i Krouse mfl. (2009) å ha betydning for pasienters evne til å mestre, tolerere, redusere eller minimere stressende hendelser. I studien kom det frem at flere menn benyttet problemorientert mestring, mens flere kvinner benyttet emosjonelt orientert mestring. Pasientene viste til at positiv tenkning er viktig for å tilpasse seg stomien. Bruk av humor, anerkjennelse av positive endringer grunnet stomien, fokus på normalisering og hvordan livet hadde forandret seg til det bedre ble nevnt for å fremme stomiaksept (ibid).

4.2.4 Mestring av stomistell

I Danielsen mfl. (2013) beskrives det at å mestre stomi og stomiutstyr er sentralt for livet etter operasjonen. Stomistell viste seg derimot, i Lim, Chan og He (2015), å være ukomfortabelt for enkelte i den postoperative fasen. Dette skyldtes at de måtte venne seg til lukt under stellet og å se avføring i stomiposen på nært hold. Pasientene var dessuten bekymret for å utføre stomistellet feil, og de hadde dermed store behov for støtte under perioden hvor de skulle lære seg å stelle stomien (ibid).

I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) viste det seg at involvering i avgjørelser påvirket pasientens opplevelse av kontroll, men pasientene beskrev at de hadde liten innvirkning på støtten de fikk for å bli selvstendige i stomistell: enkelte følte at de måtte håndtere stomien til tross for at de ikke følte seg klare for det, og andre hadde blitt veiledet i stomistell én eller to ganger før de måtte utføre det på egen hånd (ibid).

I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) følte pasienter tap av autonomi etter stomioperasjonen grunnet helsepersonell som tok uavhengige avgjørelser angående smertelindring, sår- og kateterstell, mobilisering og tilgang til utstyr og praktisk stomistell. Avhengighet av sykepleie og behov for mer hjelp enn den gjennomsnittlige pasienten førte også til tap av autonomi. Enkelte hadde dårlig samvittighet grunnet behov for støtte, og noen følte at de ikke kunne be om hjelp med mindre det var helt nødvendig (ibid).

I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) viste det seg at økt mestring og selvtillit bidro til utvikling av kunnskap og forståelse vedrørende egne behov. En pasient hadde blitt fortalt:

“Everyone becomes their own expert” (Thorpe, McArthur og Richardson 2014, s. 385).

Dette bidro til selvtillit til å finne den mest hensiktsmessige metoden å gjøre ting på og til å ta kontroll over egen rehabilitering etter operasjonen. Informasjon fra helsepersonell oppmuntret pasientene til å ta uavhengige avgjørelser angående deres egne behov (ibid).

5 Drøfting

I dette kapittelet vil enkelte resultater drøftes i forhold til Benner og Wrubels omsorgsteori og annen relevant fag- og forskningsbasert kunnskap, og det vil på denne måten forsøkes å lede frem til et svar på valgt problemstilling. Det vil presenteres en vurdering av behov for ytterligere kunnskapsutvikling innen mestring av stomistell og stomiaksept. Kapittelet avsluttes med metodiske og forskningsetiske overveielser.

Som tidligere nevnt er hensikten med dette litteraturstudiet å belyse hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter å mestre stomistell og bidra til aksept av stomi, i forbindelse med stomioperasjoner.

5.1 Informasjon og veiledning i forbindelse med stomioperasjoner

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 innebærer at pasienter og brukere har rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelpen som utøves. Informasjon og veiledning er dermed ikke bare lovfestet, men også essensielt for at pasienten skal kunne mestre livet med stomi (Nilsen 2011). Flere studier belyser viktigheten av å motta informasjon (Attree 2001; Grønnestad og Blystad 2004; Persson mfl. 2005), men Persson mfl. (2005) og Grønnestad og Blystad (2004) viser til resultater hvor pasienter ikke mottok tilstrekkelig informasjon. Det undres over årsaken til utilstrekkelig informasjon, og om det kan skyldes prioritering av rutiner og praktiske gjøremål i avdelingen. I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) medførte stort fokus på praktiske gjøremål at pasientene opplevde at de mottok lite støtte. Det stilles spørsmålsteget ved om prioriteringer blant sykepleiere angående praktiske gjøremål i avdelingen kan gå på bekostning av essensiell informasjon og veiledning som kunne bidratt til mestring av stomistell.

Kunnskap viste seg, i Attree (2001), å medføre en opplevelse av å ha kontroll, noe som igjen skapte trygghet og håp. Det fremstår derfor som viktig at pasienten erverver kunnskap, og sykepleier har i denne forbindelse en undervisende og veiledende funksjon (Benner 1993). Dessuten har sykepleier, i følge Norsk Sykepleierforbund (2011), ansvar for å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Dersom pasienten ikke får tilstrekkelig informasjon og veiledning kan vedkommende muligens føle utrygghet, usikkerhet og redusert håp for fremtiden, og det kan dermed bli utfordrende for pasienten å

akseptere sin stomi. For å unngå slike konsekvenser for pasienten må sykepleier, i forbindelse med informasjon og veiledning, justere sine holdninger, sitt toneleie, sin humor og sine ferdigheter for å kunne tilnærme seg pasienten på en hensiktsmessig måte (Benner 1993). Sykepleier må dessuten ta hensyn til situasjonen og unngå generaliseringer, for eksempel i form av at alle pasienter har like kunnskapsbehov (ibid). Det er derfor hensiktsmessig og nødvendig at sykepleier informerer og veileder på en individualisert måte, slik at pasienten erverver kunnskap basert på egne behov og dermed kontroll over eget liv, trygghet og håp for fremtiden med stomi.

I Danielsen mfl. (2013) viste det seg at det å ha en fast sykepleier sikret kontinuitet i undervisning og veiledning. Dette kan derimot være vanskelig å gjennomføre i praksis på grunn av turnusordninger og mange ansatte. Ved de tilfeller hvor dette ikke er mulig å gjennomføre, er dokumentasjon et essensielt verktøy for å sikre at pasienten får den informasjonen og veiledningen vedkommende bør motta. Dokumentasjonen må derfor gi en oversikt over hva som er utført av preoperative forberedelser og postoperativ informasjon og veiledning. Dette forutsetter derimot at alle ansatte benytter dokumentasjon på lik måte (Nilsen 2011). Konsekvensen av mange involverte sykepleiere, lite kontinuitet og utilstrekkelig dokumentasjon kan blant annet være at pasienten ikke får kartlagt sine behov for informasjon og veiledning. Videre kan dette bidra til mangelfull, repeterende og/eller ustrukturert informasjon og veiledning, og dette kan muligens skape utfordringer for pasientens muligheter til å erverve kunnskap og dermed lære seg stomistell.

5.1.1 Preoperativ informasjon og veiledning

Det har vist seg at preoperativ informasjon bør innebære informasjon angående diagnosen, inngrepet, stomi, hva pasienten kan forvente av livet med stomi (Thorpe, McArthur og Richardson 2014), samt stomiens funksjon, utseende og stomiutstyr (Nilsen 2011). Det anses som viktig å gi adekvat informasjon og veiledning fordi Danielsen mfl. (2013) fremviser resultater om at enkelte pasienter følte at den preoperative informasjon ikke stemte overens med opplevelsene de hadde postoperativt. Det kan derimot være utfordrende å gi informasjon og veiledning som stemmer over ens med utfallet av operasjonen og de individuelle opplevelsene av situasjonen, nettopp fordi slike elementer kan være vanskelig å forutsi. Det anses dermed som hensiktsmessig at sykepleier informerer pasienten om at opplevelser postoperativt kan bli annerledes enn forventet, og at informasjonen og veiledningen om stomi

baseres på antatte utfordringer og behov. Et eksempel kan være at en pasient med ileostomi vil få tyntflytende avføring og dermed en større risiko for lekkasjeproblematikk (Nilsen 2011), og dette bør dermed informeres om slik at pasienten er forberedt på det. Det tenkes at realistiske forventninger hos pasienten kan skape en større forutsetning for stomiaksept.

Preoperativ informasjon og veiledning er gunstig for at pasienten kan forberede seg på livet med stomi (Thorpe, McArthur og Richardson 2014; Lim, Chan og He 2015), og kan dempe angst, usikkerhet og stress (Nilsen 2011). Som forberedelse til et liv med stomi, kan pasienten feste en stomipose til magen (ibid). På denne måten kan pasienten forberede seg på følelsen av å ha pose på magen, og denne opplevelsen vil ikke være ny for pasienten etter stomioperasjonen. Pasienten kan i tillegg trene på å utføre stomistell preoperativt ved å benytte en stomimodell som kan klebes på huden (Burch 2005). Sykepleier må være oppmerksom på pasientens ønsker og meninger i forbindelse med disse forberedelsene, da det vil variere om pasienten ønsker å forberede seg slik eller ei (Nilsen 2011). Pasienten bør likevel oppmuntres til å ta i mot tilbud om veiledning og forberedelser preoperativt, fordi det har vist seg at utvidet preoperativ veiledning er svært gunstig for pasientens evne til mestring av stomistell. I Chaudhri mfl. (2005) viste det seg at pasienter som mottok to timer ekstra veiledning fra spesialsykepleier i forkant av stomioperasjonen benyttet kortere tid på å mestre sin stomi fremfor pasienter som ikke mottok denne veiledningen. Det er derfor rimelig å anta at overnevnte forberedelser kan bidra til at pasienten er bedre forberedt på livet med stomi og på å utføre stomistell postoperativt. Pasienten kan dermed føle mindre usikkerhet og stress i forbindelse med stomistellet.

Informasjonen og veiledningen som gis i den preoperative fasen bør gis i både muntlig og skriftlig form (Nilsen 2011). Likevel fremkom det i Grønnestad og Blystad (2004) at skriftlig informasjon gitt i den preoperative fasen ble ansett som med begrenset nytteverdi. Det undres over om informasjonen som blir gitt via skriftlige brosjyrer er både generalisert og standardisert, men tar ikke hensyn til individuelle behov. Det kan derfor være hensiktsmessig å gi informasjon både i skriftlig og muntlig form slik at sykepleier kan møte pasientens individuelle spørsmål og behov. Det er dessuten viktig å forsikre pasienten om at informasjon vil bli gjentatt fordi det er normalt å glemme i den situasjonen pasienten befinner seg i (Nilsen 2011). I de situasjonene hvor pasienten kan glemme informasjonen og veiledningen som er gitt, kan det være nyttig at pasienten har skriftlig informasjon å se tilbake på.

I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) ble enkelte sykepleiere oppfattet som lite forståelsesfulle angående opplevelsen av å ha stomi. Det er forståelig at det kan være utfordrende å ta i mot informasjon og veiledning fra sykepleiere som ikke nødvendigvis har de samme forutsetningene for å vite hvordan pasienten opplever situasjonen. Det kan derfor være nyttig for sykepleier å informere pasienten om Norilcos besøkstjeneste (Nilsen 2011). Norilco er en organisasjon for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft (Norilco 2016b), og har et tilbud som kalles likepersontjeneste. Alle som skal få, eller har fått, anlagt stomi skal motta et tilbud om besøk og informasjon om foreningen (Norilco 2016a). Å møte en annen stomioperert person fra Norilco kan oppleves positivt fordi vedkommende har forståelse for pasientens situasjon. Videre kan dette muligens bidra til en bevisstgjøring på at et liv med stomi er overkommelig og dermed bidra til at pasienten kan akseptere sin stomi.

5.1.2 Postoperativ informasjon og veiledning

I den postoperative fasen har pasienten fortsatt et stort informasjonsbehov (Grønnestad og Blystad 2004), og pasienten kan føle seg overveldet, frustrert og hjelpeløs grunnet stomien (Lim, Chan og He 2015). Alle reaksjonsmåtene må aksepteres av sykepleier, for til tross for god preoperativ informasjon vil det uansett være vanskelig for pasienten å våkne etter operasjonen med stomi på magen (Nilsen 2011). Sykepleier bør være åpen og forståelsesfull for at pasienter har ulike måter å håndtere sine følelser på, og at følelsesreaksjonene vil være individuelle og ulike hos pasienter etter stomioperasjoner. Fokuset i den postoperative fasen bør blant annet være å øke pasientens selvtillit ved hjelp av informasjon og veiledning, fordi det tenkes at kunnskap om stomi og stomistell kan bidra til mestring av stomistell.

I Lim, Chan og He (2015) følte pasientene seg traumatiserte, overveldet, skremte, nervøse og bekymret i den postoperative fasen. Det antas at dette er naturlige reaksjoner som kan oppstå hos mennesker som gjennomgår kriser i forbindelse med stomioperasjoner. Det kan derfor være hensiktsmessig at sykepleier som skal gi informasjon og veiledning, utfører dette på en slik måte at pasienten ikke føler at det blir uoverkommelig. Likevel bør sykepleier også gi informasjon og veiledning på en slik måte at pasienten føler at vedkommende er i dialog med sykepleier. En uformell samtaleform vil gi pasienten bedre muligheter for å tilegne seg kunnskapen som formidles (Nilsen 2011). Dersom sykepleier gir mye informasjon på kort tid og på en belærende måte, vil pasienten muligens kunne føle seg ytterligere overveldet og allerede eksisterende negative følelser kan eskalere. Det antas derfor at informasjon og

veiledning bør gis gradvis på en uformell måte for å unngå at pasienten føler seg overveldet og at de naturlige reaksjonene postoperativt ikke vil bli forsterket.

5.2 Sykepleiers rolle i forbindelse med stomioperasjoner

Sykepleier må være aktivt til stede og ha en klar forståelse for hvordan pasienten opplever situasjonen for å kunne hjelpe vedkommende til å mestre situasjonen (Benner og Wrubel 1989). Flere vitenskapelige artikler viser at pasientene mener det er viktig at sykepleieren de mottar er individualisert, pasientfokusert og relatert til behov. Det er ønskelig at sykepleier viser omsorg, medfølelse, sensitivitet, sympati, tålmodighet, respekt, høflighet og ærlighet (Attree 2001; Persson mfl. 2005). Dette er i tråd med Benner og Wrubel (1989), som mener at dersom sykepleier engasjerer seg i den enkelte pasients situasjon, bidrar dette til kunnskap som er essensiell for å kunne hjelpe pasienten. Dersom sykepleieren som gis ikke er individualisert, pasientfokusert og relatert til behov, kan muligens dette oppleves som smertefullt for pasienten som nylig har fått anlagt stomi. Dette kan få konsekvenser for pasienten i form av at pasienten kan oppleve lite omsorg og respekt, og vil kanskje ikke oppleve å bli sett, hørt eller trodd (Kristoffersen og Nortvedt 2012). Dette kan muligens skape forsinkelser i pasientens prosess med å akseptere stomien og føre til redusert motivasjon til å utføre stomistell på egen hånd.

Sykepleier er pålagt å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund 2011). Sykepleier må derfor i tillegg til de fysiske, ta hensyn til pasientens psykiske behov. I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) fremkom det som viktig at sykepleier lytter til og verdsetter pasientens tanker. Å bruke tid, lytte og være sammen med pasienten bidrar til at pasienten kan sette ord på og finne mening i sin situasjon (Håkonsen 2010). Ved at sykepleier normaliserer og aksepterer de følelsene og tankene pasienten ytrer, kan pasienten muligens oppleve sine reaksjoner som naturlige og opplever sykepleieren som helhetlig.

Autonomi er plikten til å respektere autonome personers beslutninger (Brinchmann 2012). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og dette understøttes også av Norsk Sykepleierforbund (2011). I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) viste det seg at når helsepersonell tok kontroll over avgjørelser, følte pasientene mangel på autonomi, og i

Persson mfl. (2005) kom det frem at over 50 prosent av pasientene ikke fikk mulighet til å delta i avgjørelser. Konsekvensen av dette kan være en følelse av manglende kontroll over egen situasjon og eget liv og at pasientens selvtillit kan svekkes. Det er rimelig å anta at det kan være enklere for pasienten å akseptere sin situasjon dersom vedkommende får delta i avgjørelser, og at dette kan bidra til en opplevelse av kontroll og autonomi i eget liv. Sykepleier bør derfor inkludere pasienten i valg og gi tilstrekkelig informasjon slik at vedkommende kan ta selvstendige avgjørelser basert på kunnskap, egne ønsker og behov.

Sykepleier befinner seg i en relasjon hvor man kan hjelpe pasienten til å forme vedkommendes opplevelser ved hjelp av veiledning og fortolkning (Benner og Wrubel 1989). Valg av kommunikasjonsmetode har vist seg, i Attree (2001), å ha betydning for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Ved at sykepleier benyttet åpen, toveis kommunikasjon kunne sykepleier erverve god innsikt i pasientens situasjon (ibid), fordi denne formen for kommunikasjon innebærer at både sykepleier og pasienten deltar aktivt i samtalen (Nikolaisen, Standal og Hårberg 2016). Dette gir muligheter til å oppklare misforståelser og komme frem til en felles forståelse (ibid). Enveiskommunikasjon fra sykepleier kan dermed føre til at viktig informasjon blir utelatt og/eller misforstått. Det stilles spørsmålsteget ved om enveiskommunikasjon kan medføre for eksempel usikkerhet, stress, en følelse av å være unormal og/eller ubehagelige opplevelser for pasienten. En åpen, toveis kommunikasjonsform vil kunne avverge ubehagelige opplevelser, og pasienten kan på denne måten dele sine tanker og bekymringer med sykepleier. Sykepleier bør derfor forsøke å føre en dialog med pasienten, fortrinnsvis ved å variere mellom å lytte til vedkommende og gi tilbakemeldinger på det som blir sagt.

5.3 Stomiaksept

I Krouse mfl. (2009) var stomiaksept et av de vanligste problemene for pasientene etter stomioperasjoner. Dette grunnet at det tok tid for pasientene til å bli vant med stomiens utseende og selve stomistellet (ibid). Det er derfor essensielt for sykepleier å være bevisst dette, men det stilles spørsmålsteget ved hvordan sykepleier kan bidra for å hjelpe pasienter til å akseptere sin nyopererte stomi. I Danielsen mfl. (2013) påpekte pasientene viktigheten av å være åpen om sin stomi, og i følge Nilsen (2011) kan åpenhet skape trygghet og tillit. Det kan derimot være vanskelig for enkelte pasienter å være åpne om sin stomi, fordi avføring er ansett som urent og er et tabubelagt emne i dagens samfunn (Nilsen 2011). Til tross for at

avføring er tabubelagt, bør sykepleier opptre aksepterende, normalisere stomiens funksjon og oppmuntre pasienten til å sette ord på sine følelser. Ved at sykepleier benytter overnevnte tilnæringsmetoder kan dette bidra til at pasienten gradvis snakker om sine følelser og bekymringer. Dette kan igjen bidra til trygghet og tillit, og det antas at trygghet og tillit hos pasienten kan bidra til en større forutsetning for stomiaksept.

I følge Simmons mfl. (2007) bør pasienter oppmuntres til å akseptere sin stomi, men dette kan være utfordrende fordi det sannsynligvis ikke er tilstrekkelig å si til pasienten at vedkommende bør akseptere sin stomi. Borwell (2009) viser til fem milepæler for psykisk rehabilitering i forbindelse med stomioperasjoner: Pasienten begynner først å se på og berøre stomien, og senere tillater andre å se stomien. Deretter uttrykker pasienten interesse for stomien og stiller spørsmål angående stomistell, og etter hvert tar ansvar for stomistell. Til slutt sosialiserer pasienten med pasienter og besøkende (ibid). Disse milepælene tolkes dithen at dette er steg som viser at pasienten aksepterer sin stomi, men milepælene kan også benyttes som kortsiktige mål for pasienten. Sykepleier bør oppmuntre og motivere pasienten til å gjennomføre de ulike stegene, samt observere pasientens handlinger i forbindelse med milepælene.

På grunn av større forekomst av lekkasjer ved ileostomi, viste Simmons mfl. (2007) at pasienter med ileostomi i mindre grad aksepterer sin stomi enn pasienter med kolostomi. Lekkasje representerer dessuten avhengighet av hjelp og tap av kontroll (Thorpe, McArthur og Richardson 2014). Det viser seg altså at lekkasjeproblematikk i forbindelse med stomien har betydning for grad av stomiaksept, og det fremstår derfor som helt essensielt at pasienten får hjelp med sitt lekkasjeproblem for å kunne akseptere sin stomi. Sykepleier bør derfor gjøre sitt ytterste for å forebygge lekkasje ved hjelp av informasjon og veiledning om ulike hjelpemidler mot lekkasje. Dersom lekkasje er et vedvarende problem for pasienten, og sykepleier ikke kommer frem til en løsning før utskrivelse, må sykepleier sørge for at pasienten får hjelp med dette hjemme via for eksempel stomipoliklinikk, fastlege, stomisykepleier og/eller hjemmesykepleie.

Krouse mfl. (2009) viser til funn om mestringsstrategiers betydning for å mestre, tolerere, redusere og minimere stressende hendelser. I studien kom det frem at menn i større grad benytter problemorientert mestring, mens flere kvinner benyttet emosjonelt orientert mestring

(ibid). Benner og Wrubel (1989) mener derimot at emosjonelt orientert mestring er uhensiktsmessig fordi den tar sikte på distanse fra selve opplevelsen og kan bidra til bagatellisering av behov. Ut i fra Benner og Wrubel (1989) kan pasienter som tar i bruk problemorientert mestring ha lettere for å akseptere sin stomi. Likevel antas det at pasienten selv ikke velger type mestringsstrategi, og at sykepleier derfor bør forsøke å hjelpe pasienten i den situasjonen vedkommende befinner seg i uavhengig av pasientens mestringsstrategi. I Krouse mfl. (2009) viste det seg blant annet at bruk av humor, anerkjennelse av positive endringer som følge av stomien og fokus på normalisering kunne fremme stomiaksept. Dette er elementer som sykepleier kan benytte for å hjelpe pasienten til å akseptere sin stomi.

I Simmons mfl. (2007) viste det seg at mestring av stomistell var essensielt for stomiaksept. Mestring av stomistell kan muligens bidra til en følelse av kontroll og uavhengighet, og dette kan gjøre det enklere for pasienten å akseptere sin situasjon og sin stomi. Det viste seg også i Simmons mfl. (2007) at pasienter som aksepterer sin stomi håndterer stomien mer effektivt, og det er dermed rimelig å anta at mestring av stomistell og stomiaksept er relatert til hverandre. Det fremstår derfor som helt essensielt, i den postoperative fasen, å rette fokus mot å hjelpe pasienten til å mestre stomistell og således bidra indirekte til stomiaksept.

5.4 Mestring av stomistell

Å mestre stomistell er ansett som sentralt for livet etter en stomioperasjon (Danielsen mfl. 2013). Det er derfor hensiktsmessig at sykepleier, i samråd med pasienten, har som mål å skulle hjelpe pasienten til å mestre og ta over stellet på egenhånd. Sykepleier må derfor inneha kunnskap om stomistell, og må kunne utføre prosedyren (Vedlegg 1). Ved det første stomistellet bør sykepleier utføre hele stomistellet og samtidig forklare alle valg og steg underveis (Burch 2005). Det er essensielt å være oppmerksom på at pasienten kan føle sterkt ubehag grunnet sterk lukt og at vedkommende må se avføring på nært hold (Lim, Chan og He 2015). Sykepleier bør derfor sørge for god tid, skjermede omgivelser, smertelindring og forberede pasienten på stellet og den spesielle lukten av nyoperert stomi (Nilsen 2011). Dersom sykepleier ikke tar overnevnte hensyn, kan pasienten muligens føle seg overveldet, lite inkludert og føle tap av kontroll. Det stilles spørsmålsteget ved om disse negative følelsene reduserer pasientens motivasjon til å mestre stomistell.

I Thorpe, McArthur og Richardson (2014) beskrives det at pasienter følte tap av autonomi når sykepleiere tok uavhengige avgjørelser angående stomistell. Det fremstår derfor som viktig at sykepleier inkluderer pasienten underveis i stomistellet og lytter til vedkommendes ønsker og behov. Ved det neste stomistellet bør pasienten oppmuntres til å delta (Burch 2005), og sykepleier må da bekrefte handlinger underveis for å kunne styrke pasientens opplevelse av kontroll. Bekreftelse av handlinger kan muligens bidra til motivasjon for pasienten til å utføre deler av stomistellet på egenhånd. Pasienten bør også involveres i økende grad for hvert stomistell frem til pasienten mestrer stellet (Burch 2005; Nilsen 2011). Det fremstår som essensielt å ikke kommandere pasienten til å utføre noe vedkommende ikke er komfortabel med slik at pasienten ikke opplever tap av autonomi.

Pasientene i Lim, Chan og He (2015) ga uttrykk for at de var bekymret for å utføre stomistellet feil, og de hadde et stort behov for støtte under læringsprosessen. Videre viste det seg, i Thorpe, McArthur og Richardson (2014), at pasienter hadde dårlig samvittighet grunnet behov for støtte og at de følte at de ikke kunne be om hjelp med mindre det var helt nødvendig. Dette underbygger viktigheten av å veilede pasienten underveis i stomistell slik at pasienten kan få selvtillit til å mestre stomistell. Det er fremstår dermed som viktig at sykepleier ikke utfører det pasienten mestrer selv og på en slik måte bidrar til mestringsfølelse hos pasienten. Thorpe, McArthur og Richardson (2014) viser til resultater hvor økt mestring og selvtillit hos pasienten bidrar til kunnskap og forståelse for egne behov. Dette kan være viktige aspekter for å kunne mestre stomistell på egenhånd, men sykepleier bør også forsikre pasienten om at det er akseptabelt å be om hjelp og at det er naturlig å være bekymret for å gjøre feil.

5.5 Behov for ytterligere kunnskapsutvikling

I forbindelse med søk etter vitenskapelige artikler, ble det funnet mye forskning angående stomi og psykososiale konsekvenser som endret kroppsbilde og nedsatt livskvalitet. Det er funnet lite forskning, til tross for omfattende søk, på fremgangsmåter og sykepleietiltak for aksept av stomi. Det er derimot funnet mer forskning om mestring i forbindelse med stomi, både i vitenskapelige artikler og valgt litteratur. Det virker til å være et stort fokus på det fysiske omkring stomioperasjoner, og det vil derfor være en fordel med ytterligere kunnskap om hvordan pasienten kan akseptere sin nyopererte stomi.

Det er funnet kvantitativ forskning på stomiaksept og mestring, hvor resultatene som fremkommer beskrives i form av tall og statistikk, men tar ikke sikte på å forklare videre årsaker. Et eksempel kan være i Persson mfl. (2005), hvor cirka 30 prosent av deltakerne oppga at de ikke mottok tilstrekkelig informasjon i forbindelse med stomioperasjoner. Dette resultatet gir et innblikk i problematikken omkring informasjon, men bidrar ikke med forslag til hvordan problemet kan løses. Det tenkes dermed at det er et ytterligere behov for kvalitative studier som kan bidra til å finne årsaker og løsninger til ulike utfordringer i forbindelse med stomi.

5.6 Metodiske overveielser

5.6.1 Valg av litteratur

Litteraturen som har blitt benyttet i dette litteraturstudiet, har i hovedsak vært oppført som pensumlitteratur i løpet av de tre studieårene vi har hatt ved Høgskolen/NTNU i Gjøvik. Bøkene, blant annet “Klinisk sykepleie”, “Grunnleggende sykepleie”, “Innføring i psykologi”, “Essentials of Nursing Research” og “Doing a Literature Review in Health and Social Care”, er benyttet på grunnlag av at de er oppført som pensumlitteratur og dermed ansett som tilstrekkelig god litteratur i forbindelse med vår sykepleierutdanning. Annen litteratur er benyttet på grunnlag av at pensumlitteratur ikke har omtalt de nødvendige temaer. For eksempel har vi benyttet egne bøker vedrørende aksept og veiledning på grunnlag av at disse bøkene beskriver temaene grundigere enn pensumlitteraturen.

For dette litteraturstudiet har det i utgangspunktet vært ønskelig å benytte primærkilder, spesielt vedrørende Benner og Wrubels omsorgsteori. Dette grunnet at en sekundærkilde av deres omsorgsteori vil være fortolket og gjengitt av forfatteren, og at det dermed er en risiko for feiltolkninger ved bruk av sekundærkilder. Det har likevel vært nødvendig å inkludere sekundærkilder for å erverve en helhetlig forståelse av teorien, da primærkilden er komplisert og skrevet på et avansert språk.

Det har vært utfordrende å besvare valgt problemstilling ved hjelp av Benner og Wrubels omsorgsteori fordi forfatterne ikke presenterer noen konkrete sykepleietiltak i forbindelse med omsorg, stress og mestring. Det er likevel valgt å benytte deres omsorgsteori på grunnlag av at forfatterne kan bidra med en forståelse for mennesket som utsettes for sykdom,

tap og stress. I ettertid ser man imidlertid at det kunne vært hensiktsmessig å valgt en annen sykepleieteori, som i større grad kunne bidratt med konkrete tiltak for sykepleie til pasienter som opplever stress og tap av funksjoner.

5.6.2 Valg av vitenskapelige artikler

Valg av vitenskapelige artikler er basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier som beskrevet i punkt 3.3. Alle valgte vitenskapelige artikler følger inklusjonskriteriene publisert etter år 2000, innhold av forskning, IMRaD-struktur, tidsskriftene har vitenskapelig nivå én eller to, engelsk eller nordisk språk, relevans for problemstilling, overførbarhet og omhandler forskning på personer over 18 år. To artikler omhandler ikke direkte kolo- og/eller ileostomi, men én av dem omhandler forskning ved gastrokirurgisk avdeling, inkludert tilfeller av stomioperasjoner (Grønnestad og Blystad 2004). Den andre omhandler pasienters erfaringer og perspektiver på “god” og “mindre god” pleie (Attree 2001). De to artiklene er likevel inkludert grunnet relevans for problemstilling fordi de omtaler elementer om stomioperasjoner, mestring, stomiaksept og opplevelser av god sykepleie.

For dette litteraturstudiet er det lagt vekt på å benytte artikler som baseres på både kvantitativ og kvalitativ metode. Av ni utvalgte vitenskapelige artikler er tre basert på kvantitativ metode og seks basert på kvalitativ metode. Det tenkes at studier basert på kvalitativ metode danner et godt grunnlag for å besvare valgt problemstilling fordi de gjerne beskriver løsninger og fremgangsmåter, mens studier basert på kvantitativ metode vil gi en oversikt over omfanget av et tema samt oversikt over forbedringspotensialer. Ved å benytte artikler med begge metodene, har dette bidratt til et større perspektiv på utfordringer og løsninger tilknyttet mestring av stomistell og stomiaksept.

Ett av inklusjonskriteriene var at resultater fra studier skulle være overførbare til helsevesenet i Norge, og det har derfor vært nødvendig å undersøke helseforhold i de ulike landene hvor studiene har vært gjennomført. Inkluderte studier er gjennomført i Norge, Storbritannia, Singapore, Danmark, Sverige og USA. Storbritannia, Danmark og Sverige har gode helseforhold og anses å være sammenliknbare med Norge (Utenriksdepartementet 2015a, 2015c, 2016a). USA har gode helseforhold, men er organisert ut i fra at man må ha forsikring (Utenriksdepartementet 2016b). De helsemessige forholdene i Singapore er omtrent som i Norge, og Singapore har et godt utarbeidet helsesystem med både offentlige og private

sykehus (Utenriksdepartementet 2015b). På grunnlag av god helsemessig standard i de ulike landene, tenkes det at innholdet i de vitenskapelige artiklene er overførbare til Norge og er derfor inkludert i dette litteraturstudiet.

Det har vist seg å være utfordrende, til tross for omfattende søk, å finne vitenskapelige artikler som besvarer problemstillingen fullstendig. De fleste valgte vitenskapelige artikler omfatter mestring, stomi og aksept, men i mindre grad enn i utgangspunktet ønskelig. Det har derfor vært behov for å inkludere et større utvalg av pensumlitteratur og fagartikler for å kunne beskrive hva sykepleier bør gjøre for å hjelpe pasienter til å mestre stomistell og akseptere sin stomi.

5.6.3 Forskningsetiske overveielser

Syv av ni vitenskapelige artikler inneholder etiske omtalelser, hvorav seks er godkjent av etiske komiteer. Grønnestad og Blystad (2004) og Krouse mfl. (2009) omtaler ingen etiske vurderinger i sine artikler. Det antas likevel at Grønnestad og Blystad (2004), som er en norsk studie, har fulgt norske etiske retningslinjer som beskrevet i punkt 4.3.2, og det er derfor valgt å inkludere artikkelen grunnet at den følger valgte inklusjonskriterier. Pasientene i Krouse mfl. (2009) ble tilsendt et spørreskjema etter utskrivelse, og 49 prosent av spørreskjemaene som ble utsendt ble ikke besvart. Forfatterne omtaler ingen forsøk på å overtale pasientene til å svare, og det antas derfor at deltakelsen var høyst frivillig. Krouse mfl. (2009) er derfor inkludert til tross for manglende etisk omtalelse, men grunnet dens høye relevans for valgt problemstilling og at deltakerne kunne velge å ikke besvare spørreskjemaet.

6 Konklusjon

I dette kapitlet vil det presenteres og konkluderes et svar på problemstillingen. Dermed belyses problemstillingen på nytt: Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter, i forbindelse med stomioperasjoner, kan mestre stomistell og akseptere sin stomi?

Informasjon og veiledning er lovfestet og forankret i sykepleieretikken, og er ansett som essensielt for at pasienten skal kunne mestre livet med stomi. Sykepleier har en undervisende og veiledende funksjon, og må tilpasse informasjonen og veiledningen til pasientens individuelle behov for at pasienten skal kunne erverve kunnskap. Informasjon og veiledning bør alltid gis skriftlig og muntlig, og dette fremstår som essensielt for at pasienten skal kunne forberede seg på et liv med stomi. Andre aktuelle forberedende tiltak kan være festing av stomipose på pasientens mage, øvelse på stomistell ved å benytte en stomimodell som klebes på magen og tilbud om samtale med en likeperson fra Norilco. Dette er tiltak sykepleier bør ta initiativ til, og som kan bidra til at pasienten kan akseptere stomien og mestre stomistell i den postoperative fasen.

Det antas at sykepleiers opptreden har betydning for pasientens mulighet til mestring av stomistell og stomiaksept. Sykepleien som gis bør være individuell og relatert til pasientens behov. Det er viktig at sykepleier benytter åpen toveiskommunikasjon, er aktivt til stede og har forståelse for hvordan pasienten opplever sin situasjon. Sykepleier bør vise omsorg, medfølelse, sensitivitet, sympati, tålmodighet, respekt, høflighet og ærlighet. Det er essensielt at sykepleier bruker tid, lytter og er sammen med pasienten, og dette kan bidra til at pasienten kan sette ord på og finne mening i sin situasjon for å mestre stomistell og akseptere sin stomi.

Stomiaksept er den største utfordringen for mange pasienter i forbindelse med stomioperasjoner, og sykepleier bør ha fokus på dette. Problemer som lekkasje påvirker grad av aksept i negativ retning, og sykepleier bør derfor hjelpe pasienten med å forebygge slike problemer. På grunn av at muligheten til stomiaksept er individuell, finnes det dermed ingen prosedyre på hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å akseptere sin stomi. Sykepleier bør anerkjenne pasientens individuelle behov og følelser. Sykepleier bør også opptre aksepterende, normalisere stomiens funksjon og oppmuntre pasienten til å sette ord på sine følelser og bekymringer, og dette kan fremme stomiaksept sammen med bruk av humor og anerkjennelse av positive endringer grunnet stomien. At pasienten ser på og berører stomien,

tillater andre å se stomien, uttrykker interesse, tar ansvar for stomistell og sosialiserer med andre kan være tegn på stomiaksept som sykepleier bør observere. Mestring av stomistell bidrar til stomiaksept, og sykepleier bør derfor i tillegg rette fokus mot å hjelpe pasienten til å mestre stomistell.

Mestring av stomistell er essensielt for livet etter operasjonen, og målet bør derfor være at pasienten skal kunne mestre stomistell på egenhånd. For at pasienter skal lære seg å mestre stomistell bør det første stomistellet postoperativt utføres av sykepleier, og sykepleier bør veilede og forklare underveis. Det første stomistellet krever god tid, skjermede omgivelser, smertelindring og at pasienten forberedes mentalt. Ved det neste stomistellet bør pasienten inkluderes og oppmuntres til å delta. Pasienten bør involveres i økende grad for hvert stomistell frem til vedkommende kan mestre stomistellet, men sykepleier må også være oppmerksom på pasientens ønsker og behov. Sykepleier må veilede pasienten når vedkommende utfører stomistellet for å kunne bidra til selvtillit og mestringsfølelse hos pasienten, og sykepleier bør bekrefte pasientens handlinger underveis. Sykepleier bør i tillegg forsikre pasienten om at det er akseptabelt å be om hjelp.

7 Referanseliste

Attree, M. (2001) Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. I: *Journal Of Advanced Nursing*, 33(4), s. 456-466.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Bach, P. A. og D. J. Moran (2008) *ACT i praksis: case-formulering i Acceptance & Commitment Therapy*. ACT in practice. København: Hans Reitzel.

Bekkers, M. mfl. (1995) Psychosocial adaption to stoma surgery: a review. I: *Journal of Behavioural Medicine*, 18 s. 1-29.

Benner, P. og J. Wrubel (1989) *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.

Benner, P. (1993) *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. From novice to expert. Lund: Studentlitteratur.

Berntzen, H. mfl. (2013) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: Almås, H., D.-G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *b. 1 Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 273-338.

Borwell, B. (2009) Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. I: *British Journal of Nursing*, 18(Sup1), s. 20-25.

Brinchmann, B. S. (2012) De fire prinsippers etikk: velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I, *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 81-96.

Burch, J. (2005) Examining stoma care guidance for nurses. I: *Gastrointestinal Nursing*, 13(6), s. 17-25.

Chaudhri, S. mfl. (2005) Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma

Education: A Randomized, Controlled Trial. I: *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(3), s. 504-509.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Danielsen, A. K. mfl. (2013) Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. I: *Journal of wound, ostomy and continence nursing*, 40(4), s. 407-412.

Fonn, M. (2010) *Tabubelagt tap*. [online]. Oslo: Sykepleien. URL: <https://sykepleien.no/2011/06/tabubelagt-tap> (07.04.2016).

Forsberg, C. og Y. Wengström (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 2. utg. Stockholm: Natur och Kultur.

Gjerland, A. (2012) Eliminasjon. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.) *b. 2 Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 209-269.

Grønnestad, B. K. og A. Blystad (2004) Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. - En kvalitativ studie. I: *Vård i Norden*, 24(74), s. 4-8.

Harris, R. (2013) *ACT - enkelt og greit: en innføring i aksept- og forpliktelsesterapi*. ACT made simple. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online] Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (11.05.2016).

Høgskolen i Gjøvik (2015) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. [online] Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (05.05.2016).

Håkonsen, K. M. (2010) *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket *Om SveMed+*. [online] Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket URL: <http://svemedplus.kib.ki.se/> (14.04.2016).

Kirkevold, M. (2012) *Sygeplejeteorier: analyse og evaluering*. 3. utg. Sykepleieteorier. København: Munksgaard.

Kristoffersen, N. J. (2012a) Stress og mestring. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.) *b. 3 Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 133-196.

Kristoffersen, N. J. (2012b) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.) *b. 1 Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 207-280.

Kristoffersen, N. J. og F. Nortvedt (2012) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.) *b. 1 Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 83-133.

Krouse, R. S. mfl. (2009) Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. I: *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), s. 227-233.

Lerdal, A. (2012) *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* [online]. Oslo: Sykepleien. URL: <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/823472.pdf> (20.04.2016).

Lim, S. H., S. W. C. Chan og H.-G. He (2015) Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period. I: *Cancer Nursing*, 38(3), s. 185-193.

National Center for Biotechnology Information (2016) *PubMed*. [online]. Bethesda, USA: National Center for Biotechnology Information. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (14.04.2016).

Nikolaisen, H., K. A. Standal og G. B. Hårberg (2016) *Enveis- og toveiskommunikasjon*. [online] Nasjonal digital læringsarena. URL: <http://ndla.no/nb/node/4057> (22.04.2016).

Nilsen, C. (2011) Sykepleie til pasienter med stomi. I: Almås, H., D.-G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *b. 2 Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 103-132.

Norilco (2016a) *Likepersonstjenesten*. [online]. Oslo: Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. URL: <http://norilco.no/tilbud-til-deg/likepersonstjenesten> (25.04.2016).

Norilco (2016b) *Om oss*. [online]. Oslo: Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. URL: <http://www.norilco.no/om-oss> (29.03.2016).

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [online] Norsk Sykepleierforbund. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (19.02.2016).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Pasient- og brukerrettighetsloven*. [online] Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 - KAPITTEL_5 (11.05.2016).

Persson, E. mfl. (2005) Ostomy patients' perceptions of quality of care. I: *Journal Of Advanced Nursing*, 49(1), s. 51-58.

Pettersen, R. C. (1997) *Problemet først: problembasert læring som pedagogisk idé og strategi*. Pedagogikk for høyskoler og universitet. Oslo: Tano Aschehoug.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2014) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Schichtling, E. (2009) *Kirurgi*. [online] Store medisinske leksikon. URL: <https://sml.snl.no/kirurgi> (06.05.2016).

Simmons, K. L. mfl. (2007) Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. I: *Journal Of Advanced Nursing*, 60(6), s. 627-635.

Slettebø, Å. (2012) Forskningsetikk. I: Brinchmann, B. S. (red.), *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 209-224.

Store norske leksikon (2009) *Informere*. [online] Store norske leksikon. URL: <https://snl.no/informere> (11.05.2016).

Thorpe, G., M. McArthur og B. Richardson (2014) Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. I: *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), s. 379-389.

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

Utenriksdepartementet (2015a) *Danmark - reiseinformasjon*. [online]. Oslo: Utenriksdepartementet. URL: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_danmark/id2415976/-helse (18.04.2016).

Utenriksdepartementet (2015b) *Singapore - reiseinformasjon*. [online]. Oslo: Utenriksdepartementet. URL: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_singapore/id2416992/-helse (15.04.2016).

Utenriksdepartementet (2015c) *Sverige - reiseinformasjon*. [online]. Oslo: Utenriksdepartementet. URL: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_sverige/id2416998/-helse (18.04.2016).

Utenriksdepartementet (2016a) *Storbritannia - reiseinformasjon*. [online]. Oslo: Utenriksdepartementet. URL: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_uk/id2417495/-helse (18.04.2016).

Utenriksdepartementet (2016b) *USA - reiseinformasjon*. [online]. Oslo: Utenriksdepartementet. URL: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_usa/id2417194/-helse (18.04.2016).

8 Vedlegg

Vedlegg 1: STOMISTELL

Utstyr:

- Ny pose
- Saks
- Måleplate eller skyvelære (linjal)
- Kompresser
- Avfallspose
- Hansker
- Lunkent vann

Fremgangsmåte:

- Stomibandasjen fjernes forsiktig, bruk gjerne en fuktet kompress.
- Stomien og huden rundt vaskes med lunkent vann uten såpe.
- Huden bør lufttørke.
- Stomiens størrelse måles med en måleplate eller skyvelære. Det kan lages en mal over hullets størrelse som kan benyttes ved neste stomistell. Malen bør merkes med dato, da stomien endrer størrelse den første tiden etter operasjonen.
- Stomibandasjen skal plasseres så tett inntil stomien som mulig. Det klippes et passe stort hull i stomibandasjen.
- Festeplaten varmes ved å legge den under pasienten eller på vedkommendes bryst.
- Den nye stomibandasjen festes på tørr og ren hud. Den bør masseres godt på plass, og sykepleier bør kontrollere at den sitter ved å rykke forsiktig i posen.

(Nilsen 2011)