



SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie

Tarmstomi og påvirkning på brukerens livskvalitet

Enterostomy and impact on the users quality of life

Kandidatnummer: 10008

Totalt antall ord: 8799

Antall sider inkludert forsiden: 57

Hovedveileder: Gerd EM Nordhus

Innlevert Ålesund, 21.05.18

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering: ja

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)? nei
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over? nei

Er oppgaven unntatt offentlighet? nei
(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21.05.18

Sammendrag

Bakgrunn: Stomikreasjonens mål er å behandle sykdom og fjerne plager, men i de fleste tilfeller viser de også å kunne gi plager som kan påvirke brukerens opplevelse av livskvalitet. Både folketall og forventet levealder øker, og det er derfor grunn til å tro at antall stomikreasjoner også vil øke. God veiledning i møte med stomikreasjonens utfordringer er en avgjørende faktor for brukerens opplevelse av stomien. Det vil av denne grunn være spesielt viktig at sykepleiere har god nok kompetanse til å ivareta denne pasientgruppens utfordringer.

Hensikt: Gjennom belysning av brukerens erfaringer med tarmstomi i eget hjem og analyser av hvordan tarmstomien påvirker livskvaliteten over tid, kan sykepleier få en bedre innsikt og forståelse for hvordan stomiens utfordringer oppleves.

Metode: Denne systematiske litteraturstudien er basert på fire kvalitative- og fire kvantitative forskningsstudier.

Resultat: Stomilekkasje viste seg å være den største utfordringen ved stomikreasjonen. I tillegg viste forskningsstudiene at alder, kjønn, sosial støtte, veiledning og oppfølging var avgjørende faktorer for opplevelsen av stomien. Dette hadde en videre innvirkning på opplevelsen av livskvaliteten for den enkelte brukeren.

Konklusjon: Brukere som ble møtt på sine behov og utfordringer av helsepersonell, og hadde fått god informasjon og veiledning i møte med hverdagen, var bedre rustet for å håndtere stomiutfordringene. Disse brukerne opplevde på denne måten en bedre livskvalitet. En konsekvens av dårlig sosial støtte og ustabile forhold i brukerens liv kunne medføre at brukeren ikke mestret stomiutfordringene like godt. Forskningsstudiene viste videre at brukerne ikke spurte om hjelp fordi de anså ansatte i helsevesenet for å ha det for travelt. Konsekvensen av manglende veiledning og oppfølging kunne medføre tap av egen identitet, mistriivsel og lidelse, da tiltak og justeringer ikke ble tatt i bruk for å redusere plagene som brukerne opplevde. Dette kunne medføre en opplevelse av dårligere livskvalitet.

Abstract

Background: A stoma is created to treat diseases and to remove discomfort, but in most cases they also show to cause discomfort that can affect the patient's experience of life quality. Both population and life expectancy is increasing, and it is therefore reason to believe that the number of ostomies also will increase. Good guidance when encountering the challenges of the stoma is an essential element in the patient's experience *of* the stoma. It will therefore be exceptionally important for nurses to have good enough competence to take care of this group of patient's challenges.

Intention/aim: Through enlightenment of the patient's experiences with intestinal stoma in their own home and analyzes of how the intestinal stoma is affecting the life quality over time, the nurse can get a better view and understanding of how the stomas' challenges is encountered.

Method: This systematic literature study is based on four qualitative and four quantitative research studies.

Result: A stoma leak was shown to be the greatest challenge with a ostomy. In addition, the research studies showed that age, gender, social support, guidance and follow-up were essential factors in the experience of the stoma. This further on had an impact on the experience of the life quality of the single patient.

Conclusion: Patients who were encountered with their needs and challenges by healthcare professionals, in addition to receiving good information and guidance when encountering the everyday life, were better prepared to handle the challenges of a stoma. In this way the patients experienced a better life quality. A consequence of poor social support and unstable relations in the patents' lives could lead to the patient not mastering the stoma challenges too well. Further on, the research studies showed that the patients did not ask for help because they considered the healthcare employees being too occupied. The consequence of the lack of guidance and follow-up could lead to identity loss, dissatisfaction and suffering when measures and adjustments were not taken into action to

reduce the discomfort the patients were experiencing. This could lead to an experience of a lack of life quality.

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans	1
1.2 Hensikt med studien	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Sentrale begreper	2
1.5 Avgrensinger i oppgaven	2
1.6 Oppgavens videre oppbygning	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Tarmstomi	4
2.1.1 Komplikasjoner og plager med stomi	4
2.1.2 Informasjon og veiledning fra helsepersonell	5
2.2 Livet med kronisk lidelse	5
2.3 Livskvalitet	6
2.3.1 Livskvalitetsmålinger	7
2.4 Kriseteori	8
2.5 Mestringsstrategier	9
3.0 Metodebeskrivelse	10
3.1 Datainnsamling	10
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.3 Søkeprosess	11
3.4 Vurdering av kvalitet og relevans	12
3.5 Etisk vurdering	13
3.6 Analyse	13
4.0 Resultat	16
4.1 Endret kropp og konsekvens	16
4.3 Nettverkets betydning	19
4.4 Informasjon, veiledning og oppfølging	20
5.0 Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 Stomikreasjonens innvirkning på kroppsbilde og kroppslige funksjoner	24
5.2.2 Følger av endret kroppsbilde og kroppslige funksjoner	27
5.2.3 Høy livskvalitet versus lav livskvalitet	29
6.0 Konklusjon	31
Videre forskning	32
Vedlegg 1 – Referanselister	33
Vedlegg 2 – Søkehistorikk	36
Litteraturlister	41

1.0 Innledning

I dette kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tarmstomi som tema, samt relevans og problemstilling knyttet til dette. Videre blir sentrale begreper i problemstillingen kort definert og avgrensninger til problemstillingen avklart. Kapittelet avsluttes med oppgaven videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans

Temaet for denne systematiske litteraturstudien omhandler tarmstomi og dens påvirkning av brukerens livskvalitet over tid. Stomikreasjonens mål er å behandle sykdom og fjerne plager, men i de fleste tilfeller viser de også å kunne *gi* plager. Flere studier dokumenterer bekymringer som stomien kan medføre; som frykt for lukt, lekkasje og seksuelle problemer, samt påvirkning av selvbildet (Richbourg m.fl, 2007). Dette var bekymringer som jeg også erfarte at pasienter opplevde, i min praksisperiode ved kirurgisk sengepost, etter de første møtene med stomien. Lekkasje, hudirritasjon og postoperative komplikasjoner kan også oppleves skremmende og medføre psykiske plager som reduserer livskvaliteten.

1.2 Hensikt med studien

Gjennom studien ønsker jeg å belyse brukerens erfaringer med tarmstomien i eget hjem, og på denne måten analysere hvordan tarmstomien påvirker livskvaliteten over tid. Studien vil derfor ha et pasientperspektiv som kan utdype problemstillingen i oppgaven. Som sykepleier ønsker jeg å få en bedre innsikt i og forståelse for hvordan stomiens utfordringer oppleves, slik jeg kan hjelpe- og veilede denne brukergruppen til å oppleve best mulig livskvalitet med tarmstomien. Jeg har ikke funnet statistikk på antall stomitilfeller de siste årene, men med økende befolkning og levealder er det grunn til å tro at sannsynligheten for flere tilfeller av stomikreasjoner vil være til stede (Verweij. N. m.fl., 2017). Det er derfor spesielt viktig at ikke bare stomisykepleiere har god kunnskap innen dette emnet, men også sykepleiere generelt, som skal være tilgjengelig for alle pasientgrupper.

1.3 Problemstilling

Hvordan opplever voksne med tarmstomi at dette påvirker deres livskvalitet?

1.4 Sentrale begreper

Her presenteres en kort forklaring på begreper brukt i problemstillingen.

Tarmstomi:

Tarmstomi vil si at en del av tarmen er blitt fremlagt i abdominalveggen grunnet sykdom i deler av tarmen. Den fungerende delen eliminerer avføring til en pose festet på brukerens mage (Nilsen, 2010).

Livskvalitet:

Livskvalitet er på verdensbasis et mangfoldig begrep med flere ulike definisjoner, men vil i denne studien følge World Health Organisation sin definisjon; en subjektiv opplevelse av egne verdier, mål, forventinger, standarder og bekymringer som inngår i fysiske-, psykiske og sosiale behov (WHO, 2018).

1.5 Avgrensinger i oppgaven

Studien har et pasientperspektiv som avgrenses til voksne i eget hjem etter operasjonen. Deltagerne i studiene er over 18 år og studien omhandler livskvalitet knyttet til tarmstomi uavhengig av tid siden stomikreasjon, men stomien skal være et permanent resultat. Studien er ikke avgrenset til en bestemt stomiårsak, noe jeg vil begrunne senere i oppgavebesvarelsen min. Videre inklusjons- og eksklusjonskriterier vil jeg utdype i metoddelen.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel to presenteres teori som skal belyse problemstillingen. Kapittel tre presenterer studiens metodedel, med inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkeprosess og analyse av forskningsstudiene. Kapittel fire vil presentere analysen av funnene som en resultatdel og kapittel fem vil ta for seg diskusjon av metode og resultat. Kapittel seks vil videre munne ut i en konklusjon. Forslag til videre forskning kommer avslutningsvis.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet presenteres teori om tarmstomi, livet med kronisk sykdom, livskvalitet, kriseteori og mestringsstrategier. Dette er relevant for å belyse problemstillingen i oppgaven, da det utdyper viktige begreper, forklarer årsaken, virkningen og opplevelsen av å leve med stomi.

2.1 Tarmstomi

Begrepet tarmstomi vil si at en del av tarmen blir fremlagt i abdominalveggen grunnet svekket- eller ødelagt funksjon i deler av tarmen. Tarmstomi kan forklares som en varig fekal inkontinens, noe som er stigmatisert i samfunnet da det anses som et tabubelagt tema (Garcia mfl. 2008). Stomien skal kurere sykdom og lindre smerter, men kreasjonen er en betydelig livsforandingsprosess som krever daglig pleie, akseptasjon av mindre kontroll på egen kropp og eliminasjon, samt stomiens påvirkning på dagligdagse aktiviteter (Krouse mfl., 2009).

Ileostomi er en fremlagt tynntarm, der tykktarmen blir fjernet. Dette medfører tyntflytende avføring da tykktarmens funksjon med væske- og elektrolyttabsorpsjon ikke lenger er til stede. I tillegg vil avføringen inneholde nedbrytende enzymer som kan gi hudirritasjon. Den vanligste årsaken til ileostomi er kronisk betennelse som Ulcerøs kolitt og Chrons sykdom (Nilsen, 2010, s. 103 og 104).

Ved kolostomi er tykktarmen fremlagt og deler av tynntarmen fjernet. Avføringen har en tykkere konsistens som fører til mer kontrollert eliminasjon, men næringsopptaket vil stort sett være det samme selv om tynntarmen er fjernet. Den vanligste årsaken skyldes endetarmskreft. Andre årsaker kan være sprukne divertikulitter eller sprukne kreftsvulster (Nilsen, 2010, s. 105).

2.1.1 Komplikasjoner og plager med stomi

Komplikasjoner oppstår ofte ved stomi. Eliminasjonen kan ikke lenger kontrolleres og lekkasjer forekommer ofte grunnet kroppskontur, karakteristiske trekk ved stomien eller dårlig tilpassingsform av stomiutstyr. Konsekvensen kan føre til hudirritasjon og smerter

rundt stomien (Nilsen, 2010 s. 128). Vevsskade og påfølgende arrvev etter stomioperasjon kan føre til sammenvoksninger i bukhulen etter en stomikreasjon, også benevnt som *adheranser* (NHI, 2017). Brokk forekommer og skyldes at en del av tarmen legger seg som en lomme mellom huden ved siden av stomiåpningen. Dette kan føre til utposning av abdomen. Tarminnhold i lommene kan videre føre til uregelmessig tømming (Nilsen, 2010 s. 129). Tapet av kontroll på egen kropp, med ukontrollerte lyder og medfølgende lukt oppleves nedverdiggende for brukeren, og samfunnets tabubelagte holdninger overfor avføring forsterker disse følelsene (Nilsen, 2010 s. 108).

2.1.2 Informasjon og veiledning fra helsepersonell

Sykehusoppholdet når stomikreasjonen blir dannet er korte, og pasienten opplever mange nye utfordringer som han/hun skal lære seg å akseptere. Erfaringer viser at mye av informasjonen og veiledningen som blir gitt på et sykehus sjelden blir forstått eller husket av pasienten fordi han/hun opplever situasjonen som et kaos av følelser. Opplevelsen og akseptasjonen av stomien vil derfor sjelden forbedres under et sykehusopphold, og det er derfor viktig at informasjonen også blir gitt i papirform. Forbedring krever oppfølging og veiledning over tid. Justering blir utført i forhold til den enkeltes behov og utfordringer, og pasienten skal bli møtt der han/hun er. Dette kan videre fremme god helse og hindre forverring av lidelsen (Nilsen, 2010 s.127).

2.2 Livet med kronisk lidelse

Å leve med kronisk sykdom innebærer en endringsprosess i livet som krever en tilpasning i ny tilværelse (Grov, 2011 s. 63-64). Følelsen av sårbarhet påvirkes av hvor alvorlig tilstanden oppleves av brukeren. Lidelsen kan skape usikkerhet og mangelen på kontroll i livet kan forverres. Brukerens kamp for opprettholdelse av kontroll blir en stor belastning som kan svekke viljen og styrken til å mestre hverdagen (Bastøe, 2011 s. 89). Den nye livssituasjonen vil for mange medføre vonde, kompliserte, fortvilende og irriterende følelser, med tap av selvbilde og autonomi. Den lidende kan likevel få et nytt perspektiv på livet, der han/hun setter pris på de små gledene og relasjonene til menneskene rundt seg (Grov, 2011 s. 63-64). Reaksjonene vil være forskjellig fra individ til individ, og påvirkes av tidligere erfaringer, hvilke kunnskaper vedkommende har om sykdommen og hvilke

fremtidsmål vedkommende setter seg (Bastøe, 2011 s. 93). Det er derfor viktig at helsepersonell møter den rammede med respekt og omtanke for sin individualitet, slik at den rammede får opprettholdt sin integritet på en verdig måte (Hummelvoll og Barbosa da Silva, 2012 s. 85).

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet er et mangfoldig begrep og det finnes ingen offisiell, omforent definisjon (Wahl og Hanestad, 2004 s. 30). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet på et generelt grunnlag, som en subjektiv oppfatning av egen posisjon i livet. Kontekster som kultur og egne verdisystemer gir grunnlag for egne mål, forventinger, standarder og bekymringer. Begrepet påvirkes videre av et bredt spekter av fysiske-, psykiske og sosiale behov (WHO, 2018). Wahl og Hanestad (2004) kategoriserer livskvalitet videre i en helsefaglig sammenheng på tre områder; global livskvalitet, helserelatert livskvalitet og sykdomsspesifisert livskvalitet, som alle virker gjensidig inn på hverandre. Disse definisjonene er også tvetydige, men kan kort forklares slik:

- Livskvalitet i sykdomsspesifikk sammenheng påvirkes av restriksjoner eller manglende evne til å utføre en aktivitet som anses som vanlig for en ”normal” person uten funksjonshemmelse
- Livskvalitet i helserelatert sammenheng påvirkes ikke bare av individets fravær av sykdom, men også av individets tilfredshet av fysiske-, psykiske-, og sosiale faktorer
- Global livskvalitet kan defineres som det enkelte individets tilfredshet eller missnøye med områder som er viktige for han/henne

Disse kategoriene av livskvalitet inkluderer fysiske-, psykiske-, sosiale-, åndelige-, økonomiske- og materielle behov (Wahl og Hanestad, 2004 s.31, 38, 39).

Jeg har valgt å bygge min systematiske litteraturstudie på WHO (2018) sin definisjon av livskvalitet. Dette på grunnlag av at forskningsstudiene jeg har benyttet viser at livskvalitet er en subjektiv oppfatning av egen posisjon i livet, men et mangfoldig begrep. Jeg ønsker likevel å underbygge definisjonen *livskvalitet* i lys av *helserelatert livskvalitet*, da

problemstillingen min inngår i en helsefaglig sammenheng (Wahl og Hanestad, 2004 s. 25).

God livskvalitet gir bedre helse blant befolkningen fordi dette fremmer mestring i opplevelsen av motgang og belastninger. Tiltak som legger til rette for god livskvalitet kan være personens opplevelse av glede, autonomi, mening, trygghet og tilhørighet, som igjen styrker personens egen psykiske helse og videre fremmer god fysisk- og sosial helse (Nes, 2017). Studier har vist at eldre (75-84 år) er mer fornøyde med materielle levevilkår, nærmiljø, og sosiale relasjoner sammenlignet med yngre. Middelaldrende (41-74 år) er nesten like fornøyde, og yngre (18-40 år) er mindre fornøyde, men også jevnt over fornøyde. Med alderen lærer man av erfaringer hvordan man skal håndtere omgivelsene og verdsetter de gode øyeblikkene fremfor de vonde. På denne måten lærer man seg å mestre motgang og setter seg realistiske mål for fremtiden (Hansen og Daatland, 2016). Andre studier viser videre dokumenterte ulikheter i livskvalitet mellom menn og kvinner. Den subjektive oppfattelsen av livskvalitet endres med befolkningens kulturelle verdier og grad av økonomisk utvikling. Kulturelle verdier påvirker meninger, tolkninger og kunnskap, men også måten å rapportere dem på. Kulturelle verdier er derfor avgjørende for kvinner og menns rettigheter og sosiale rolle, og dermed hvilke forventninger den enkelte mann/kvinne har til sitt liv (Annandale og Hunt, 2001).

2.3.1 Livskvalitetsmålinger

Forskere har siden 1970-tallet forsket på modeller som kan måle livskvalitet gjennom individets opplevinger av psykiske-, fysiske- og sosiale behov. Forskningen har videre utviklet ulike instrumenter som for eksempel intervjuer og spørreskjemaer, som er spesialtilpasset for å måle individets livskvalitet på tvers av pasientgrupper og kulturer, og er konseptuelt ulike fra helsestatus eller andre kausale indikatorer på livskvalitet. Selv om livskvalitet defineres som en subjektiv opplevelse, er forskning på temaet ofte kvantitativ, men kan også utføres gjennom en kvalitativ tilnærming der kvalitativ metode brukes for å gå dypere inn i problemstillingen. De ulike instrumentene måler nåværende opplevelser, opplevelser innen et angitt tidsrom eller opplevelser av varige tilstander. En sammenlagt poengsum av kategorier i de ulike domenene for livskvalitet avgjør livskvalitetsmålingen. (Burckhardt og Anderson, 2003). Disse måleinstrumentene er avgjørende slutfaktorer i forskningsstudier, som kan besvare individets opplevelse av livskvalitet, spesielt dersom

målet er at brukerens opplevelse skal forbedres. På denne måten kan tiltak iverksettes og justeres over tid, slik at den subjektive opplevelsen kan tilfredsstille brukerens mål og perspektiver i livet (Xiao-Lin mfl., 2013).

2.4 Kriseteori

En traumatisk krise defineres som en situasjon der individet psykisk føler seg truet av ytre opplevelser som hemmer individets integritet og velvære. Årsaken kan for eksempel være en uventet livssituasjon som svekker individets handlingsevne (Eide og Eide, 2007 s. 166).

Den umiddelbare reaksjonen i en traumekrise vil være å stenge ute virkeligheten. Det rammede individet kan oppfattes som rolig på utsiden, mens det på innsiden oppleves som kaos. Dette kan medføre vanskeligheter med å forstå det som skjer og all informasjon blir dermed naturlig fortrenget. Denne akutte fasen kalles *sjokkfasen*. Sjokkfasen kan vare fra noen timer til flere dager og vil videre utvikle seg til reaksjonsfasen med uttrykk for følelser. I *reaksjonsfasen* vil den rammende får et klarere blikk på det som i sjokkfasen opplevdes som et kaos. Mange vil finne en årsak til at de ble rammet og kjenne på følelser som sorg, sinne, fortvilelse, likegyldighet og ensomhet. Livets mening blir for mange uforstående og meningsløs. Situasjonen kan føles så truende at den rammede bevisst eller ubevisst prøver å komme bort fra den. Forsvarsmekanismer som fortrenging og regresjon, som krever at andre tar ansvar over situasjonen, blir ofte ubevisst benyttet for å holde angsten i sjakk. Reaksjonsfasen varer normalt opptil et par måneder (Cullberg, 2010 s. 130-137).

I fase tre bearbeides tanker og følelser rundt hendelsen og man blir mer fremtidsrettet. Denne fasen kalles *bearbeidingsfasen* og kan inntreffe alt fra noen uker til flere år etter hendelsen. Fasen utvikler seg videre til *nyorienteringsfasen* der man gradvis blir mottakelig for det som virker truende og vanskelig. Krisen blir en del av livet og informasjon og veiledning kan fremme mestring av hverdagen med krisehendelsen. Gamle aktiviteter blir gjenopptatt og den rammede blir åpen for nye erfaringer (Eide og Eide, 2007 s. 166-169; Cullberg, 2010 s. 138-140).

De fire fasene flyter gjerne over i hverandre og man kan få tilbakefall av nye kriser under forløpet. De akutte fasene kan oppleves som verdifulle fordi de hjelper den rammede til å se den smertefulle virkeligheten i øynene, men kan også forlenge akutfasen og forsinke overgangen til bearbeidingsfasen. Dersom overgangen fra reaksjon til bearbeiding ikke finner sted innen rimelig tid bør den rammede få fagkyndig hjelp. Det er derfor viktig at angsten, usikkerheten og fortvilelsen blir forstått fra hjelperens side, slik at hjelperen sakte men sikkert, forsiktig kan konfrontere den rammede med virkeligheten og motvirke realitetsforvanskninger (Eide og Eide, 2007 s. 166-169; Cullberg, 1991 s. 132).

2.5 Mestringsstrategier

Mestring involverer tanker og oppførsel som blir brukt for å håndtere interne eller eksterne krav i opplevelsen av stress (Bastøe, 2011) Problemløsningsstrategier lindrer stressfulle tilstander, mens følelsesfokuserte strategier derimot brukes for å regulere konsekvenser av følelser ved stress. Aktive mestringsstrategier påvirker oppførsel eller psykososial respons for å forandre den naturlige stressreaksjonen. Unngåelsesstrategier hindrer personen fra å ta del i ubehaglige situasjoner, og man lærer derfor ikke å håndtere de vanskelige problemene (Hansen og Daatland, 2016).

3.0 Metodebeskrivelse

Dette kapittelet vil presentere søkeprosessen av forskningsstudiene, eksklusjons- og inklusjonskriterier, samt kvalitets- og etiske vurderinger. Deretter vil analysen av de inkluderte forskningsstudiene presenteres.

3.1 *Datainnsamling*

Jeg har utført en systematisk litteraturstudie der relevant forskning systematisk identifiseres og vurderes for å besvare en tydelig problemstilling (Forsberg og Wengström, 2015 s. 27).

Søkeprosessen startet med å utvikle en søkestrategi som omfattet inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt valg av søkeord og databaser. Søkeordene ble bestemt ut fra viktige begreper i problemstillingen. Søkeprosessen startet i august 2017 og fortsatte med grundigere søk frem til januar 2018. Artikler ble vurdert og åtte forskningsartikler ble videre utvalgt som grunnlag for min litteraturstudie.

I litteraturstudien har jeg benyttet både kvantitative- og kvalitative forskningsstudier. En kvantitativ studie gir et universelt resultat som ikke er begrenset til spesielle forhold. Analyse av resultatet i slike studieformer viser til statistikker og tabeller og gir valide data i form av målbare tall. En kvalitativ studie kan belyse og forklare kvantitative resultat ved å utforske fenomenet, men benyttes også uavhengig av kvantitative funn. Kvalitativ forskning går dypere i detalj ved hjelp av analyse av intervjuer, tekst og observasjoner av deltagerne (Forsberg og Wengström, 2015 s. 35-41).

3.2 *Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble benyttet for å finne relevant forskning til å besvare problemstillingen. Kriteriene vises i tabellen under:

Inklusjonskriterier	Ekklusjonskriterier
Norsk-, svensk-, dansk- eller engelskspråkelig	Urostomi
Fagfelleverdert	Sykepleierperspektiv
Studier < 5 år	Pårørendeperspektiv
IMRaD-struktur	
Tydlig etisk redgjørelse	
Deltagere > 18 år	
Brukere boende i eget hjem sin opplevelse av stomi etter operasjon	
Permanent stomiresultat	
Fokus på livskvalitet	

3.3 Søkeprosess

Jeg har brukt nøkkelbegrep fra problemstillingen som søkeord i de ulike databasene. I følge Forsberg og Wengström (2015) kalles denne strukturerte søkestrategien PICO-metoden. 'P' står for Patient/population, 'I' for Intervention, 'C' for Control og 'O' for Outcome (Forsberg og Wengström, 2015, s.60). I problemstillingen min var det kun relevant å bruke 'Population' og 'Outcome'.

Mine første søk startet med '*enterostomy*', '*intestinal stoma*', '*ostomy*' og '*quality of life*'. Disse søkene gav meg aktuelle artikler å bygge videre på. Ved å bruke symbolet '*AND*', kom det treff som inkluderte to eller flere søkeord, og søket ble smalere. '*OR*'-symbolet, utvidet søkene der alle artikler som inneholdt et av to eller flere begrep med samme betydning viste treff (Forsberg og Wengström, 2015, 69).

Grunnet få funn av forskningsstudier som belyste problemstillingen min, endret jeg søkeordene til underbetydninger av begrepene i videre søk. Jeg viser til tankegangen min i tabellen under:

Population	Outcome
Ostomy	Quality of life
Intestinal stoma	Psychosocial consequenses
Enterostomy	
Colostomy	
Ileostomy	
Colostomates	

De utvalgte forskningsstudiene ble funnet i Cinahl Complete, PubMed og PsycInfo. Søkehistorikken er presentert i vedlegg 3. Forskningsstudienes overskrift viste meg relevans for problemstillingen min og abstraktene ble lest over. Videre ble de utvalgte forskningsstudiene grundigere gjennomgått før de til slutt ble inkludert eller ekskludert ut i fra kriteriene beskrevet i kapittel 3.2.

3.4 Vurdering av kvalitet og relevans

Problemstillingen min er formet i et pasientfokus og kvalitativ forskning gir da en dypere innsikt i pasientopplevelsen (Forsberg og Wengström, 2015 s.144). Likevel viste søkene i de ulike databasene et stort flertall av kvantitativ forskning på temaet om tarmstomi og livskvalitet. Jeg har derfor valgt å bruke like mange av hver studieform i min systematiske litteraturstudie. En slik form for å belyse en pasientsentrert problemstilling kan styrke funnenes resultat, der kvalitativ- og kvantitativ forskning brukes om hverandre for å utfylle hverandres sterke sider (Harden, 2010). Selvrapporing har vist seg å være den mest hensiktsmessige måten å måle livskvalitet på. Det har derfor tradisjonelt blitt benyttet kvantitativ metode på forskning om livskvalitet. Den subjektive opplevelsen blir da ivaretatt ved å bruke hensiktsmessige, strukturerte spørreskjemaer som forsker på en konkret målsetning (Wahl og Hanestad, 2004 s. 30-32).

Forskningsstudiene skulle være fagfellevurdert av en godkjent publiseringskanal og jeg benyttet Norsk senter for forskningsdata (NSD), et register over vitenskapelig publiseringskanaler, for å få oversikt over dette. En av studiene var ikke registrert i NSD, men var i følge Cinahl Complete fagfellevurdert. En studie var kategorisert i et tidsskrift

på nivå 2, med høyeste internasjonale prestisje og resten av studiene var kategorisert på nivå 1, som også er godkjent fagfellevurdert (Norsk senter for forskningsdata, 2017).

Sjekklistene for kvantitative studier kvalitetssikret studiens hensikt, forskningsspørsmål, design, utvalg, måleinstrument, analyse og tolkning. Studiets publiseringsår var også relevant for kvaliteten. Noen eldre studier ble likevel tatt med grunnet få antall nye forskningsstudier om emnet. Sjekklistene for kvalitative artikler fokuserte på kvaliteten rundt studiens perspektiv og etiske verdier. Forskningens metode ble valgt ut i fra studiens hensikt og formålet med studiene ble klart formulert. Forskerne hadde gode problemstillinger og viste til teorigrunnlag som studien videre utdypet. Resultatene var objektive, detaljerte og kom tydelig frem (Helsebiblioteket, 2016; Forsberg og Wengström, 2015, s. 74-107 og 111-145).

I begrepet tarmstomi inngikk både ileo- og kolostomi. Én av forskningsstudiene inneholdt også en liten studie om urostomi. I studien til Grant (1999) viste resultater av forskningen at stomikreasjoner, uavhengig av type stomi eller årsak, ofte resulterte i dype endringer i personens funksjon og trivsel. Jeg valgte derfor å bruke studien med urostomi og konkluderte videre med at alle typer tarmstomier, uavhengig av årsak, kunne benyttes i min systematiske litteraturstudie uten å svekke resultatet.

3.5 Etisk vurdering

Studiene ivaretok deltagerne på en etisk god måte. Personlige opplysninger var ikke identifiserbare, deltagelse var frivillig og studiens oppbygning i møte med deltagerne hadde fokus på respekt for den individuelle deltageren. Godt etisk forarbeid styrket troverdigheten av forskningsresultatet, og videre konklusjon ble underbygget med alle resultater fra studiene (Forsberg og Wengström, 2015, s.132).

3.6 Analyse

I analysedelen ble hver forskningsstudie undersøkt grundig, delt opp i mindre deler, sammenlignet med de andre delene på tvers av forskningsstudiene, og så satt sammen

igjen på en måte som skapte helhet blant alle de åtte artiklene. Denne måten å analysere på kalles innholdsanalyse, som innebærer at man steg for steg kategoriserer data for å identifisere tema (Forsberg og Wengström, 2015 s.153).

Første trinn av den systematiske litteraturstudien startet med dannelse av kriterier for videre forskning av opplevelsen med tarmstomi og dens påvirkning på livskvalitet som innskrenket søkeprosessen (Evans, 2002). De gjenværende forskningsstudiene var alle skrevet på engelsk og måtte derfor oversettes til norsk for å få en bedre forståelse av innholdet. Studiene ble så gjennomlest som opprinnelig tekst for å sikre at alt av innhold ble tatt med uten mistolkninger.

Under trinn to ble de åtte resterende forskningsstudiene kritisk vurdert på langs og identifisert med nøkkelfunn (Evans, 2002). Nøkkelfunnene gjorde det mulig å se sammenhenger og kontraster på tvers av forskningsstudiene. For å systematisere prosessen laget jeg en tabell, delte de åtte forskningsstudiene inn i nummer, noterte ned stikkord fra hver enkel studie, og videre sammenlignet disse nøkkelfunnene med andre like og ulike nøkkelfunn på tvers av forskningsstudiene.

Ved trinn tre dannet jeg kategorier som ble bestemt ut i fra nøkkelfunnene likhetstrekk på tvers av forskningsstudiene (Evans, 2002). De utvalgte kategoriene var:

- Endret selvbilde og kroppsopfatning
- Seksualliv og parforhold
- Sosialt nettverk (venner, familie og andre i lik situasjon)
- Stomirelaterte problem (lukt, lekkasje, plager)
- Ny livssituasjon/Ny hverdag
- Håndtering av stomi (utstyr, fremmed)
- Alders- og kjønnsinnvirkning
- Informasjon, veiledning og oppfølging
- Mestring og akseptasjon

Kategoriene ble så organisert i tre overtemaer:

- Endret kropp og konsekvens (**RØD**)
- Nettverkets betydning (**GRØNN**)
- Informasjon, veiledning og oppfølging av stomi (**BLÅ**)

Inndelingen av kategorier og tema vises i tabellen under:

Tema	Endret kropp og konsekvens Fargekode: RØD	Nettverkets betydning Fargekode: GRØNN	Informasjon, veiledning og oppfølging Fargekode: BLÅ
Underkategori	Endret selvbylde og kroppsoppfatning	Ny livssituasjon	Informasjon, veiledning og oppfølging
	Seksualliv og parforhold	Sosialt nettverk	Håndtering av stomi
	Alder- og kjønnsinnvirkning		
	Stomirelaterte problemer		
	Mestring og akseptasjon		

Fargekoden skulle skille de viktige setningene og utsagnene fra hverandre og strukturere likheter og ulikheter på tvers av forskningsstudiene. Jeg laget så et dokument som sorterte alle funnene ut i fra fargekodene. Tabellen i vedlegg 2 viser inndelingen av tema og underkategorier.

I trinn fire skal de utvalgte temaene beskrive fenomenet og syntesen av forskningsstudiene (Evans, 2002). Dette blir presentert i kapittel 4.

4.0 Resultat

I alle de åtte forskningsstudiene ble det rapportert om fysiske-, psykiske- og sosiale påvirkninger i ettertid av stomioperasjon, som alle innvirket på opplevelsen av livskvaliteten. Dette skal jeg nå utdype i resultatdelen.

4.1 Endret kropp og konsekvens

Tydelige funn i materialet har vist at stomikreasjonen har fysiske konsekvenser som igjen påvirkes av opplevelsen av egen kropp. Mange brukere var positive til livet med stomien, likevel medførte de nye endringene av kroppen utfordringer (Notter og Chalmers, 2012). Opplevelsen av en annerledes kropp hadde stor innvirkning på svekket selvbilde og tap av integritet. Flere deltagere i studien til Smith (2017) beskrev resultatet av stomikreasjonen som unaturlig og førte til tap av egen identitet. Det var likevel ulike årsaker til svekket selvbilde, der selve stomien innvirket ulikt. En deltager beskrev det slik:

”Being in the hospital had kind of acclimatised me to some of that and so there had been a point where I’d had to have help to have a shower, even before surgery. So that thing of your body not being your body any more but just being this thing that people do things to, I think that kind of takes over for a bit.” (Smith mfl., 2017).

Flere studier dokumenterte likevel at alder og kjønn hadde stor innvirkning på opplevelse av stomikreasjonen og konsekvens for egen oppfattelse av livskvalitet. Dette ble bekreftet gjennom livskvalitetsmålinger, der eldre skåret betraktelig høyere på livskvalitet enn yngre, statistikker viste også at eldre kvinner hadde bedre selvbilde enn yngre kvinner og kvalitative intervjuer viste videre at eldre kvinner anså stomien som en del av *å bli gammel*. Kroppsbilde og emosjonell- og kognitiv funksjon var likevel bedre hos yngre menn enn eldre menn, men de eldre hadde bedre sosial- og rollefunksjon enn de yngre mennene. Det viste seg likevel at kvinners psykiske plager med stomien svekket livskvaliteten mer enn menns fysiske plager med stomien. Den sosiale dimensjonen hadde likevel sterkest påvirkning for begge kjønn opplevelse av stomien (Davis mfl., 2011; Mahjoubi mfl., 2012; Danielsen, 2013; Grant mfl., 2011). En yngre kvinnelig deltager i studien til Danielsen (2013) beskrev det slik:

”I think that I’m too young to have a stoma. So it has been like a little.... It’s sort of appeared like some 30 years to early.... I have discarded my bikinis and passed some of them on. I thought I must have entered the age of bathing suits...” (Danielsen, 2013).

Menns funksjonelle plager og kvinners psykologiske plager kom også til uttrykk i forbindelse med intime situasjoner. For kvinner var stomiproblemene relatert til høye tarmlyder som svekket kroppsoppfatning og selvbilde, og reduserte lysten for samleie. Menn hadde likevel større vansker for nytelse i intime situasjoner sammenlignet med kvinner, der problemer med passform av stomiplaten og lekkasjer videre påvirket de kroppslige funksjonene (Notter og Chalmers, 2012; Smith mfl., 2017). En kvinnelig deltager med høy livskvalitetsskår i studien til Grant (2011) beskrev sin opplevelse av sitt første intime møte med ny mann etter stomikreasjonen. Reaksjonen til partneren skremte henne slik at hun valgte å aldri sette seg i en slik situasjonen igjen (Grant mfl., 2011). Likevel var det svært få tilfeller i ulike forskningsstudiene som viste til partnerens negative reaksjon på stomien. Problemet lå hos bæreren av stomien, der frykten for partnerens tanker rundt stomien reduserte intimitet i forholdet (Smith mfl., 2017; Grant mfl., 2011; Notter og Chalmers, 2012).

De fleste deltagerne i de ulike studiene var og forble gift etter operasjonen, men en liten andel prøvde å innlede nye forhold etter operasjonen. I studien til Notter og Chalmers (2012) viste resultater at det var vanskeligere for kvinner enn menn å innlede nye partnerforhold etter stomikreasjonen;

”I’m afraid a new partner would find it too unattractive.” (Notter og Chalmers, 2012).

Brukere med tidligere plager av sykdommen Ulcerøs Kolitt hadde likevel en stomilivskvalitet-gjennomsnittsverdi på 2,6 poeng høyere enn andre årsaker til stomikreasjon. Det var likevel ingen synlige skiller i opplevelsen av stomien mellom Crohns, divertikulitt, tarmskader eller kreft (Davis mfl., 2011).

Flere brukere opplevde behov for hjemmehjelp grunnet redusert energinivå, og en del rapporterte redusert eller helt fravær fra arbeid. Dette medførte reduksjon av økonomi etter operasjon. Kvinner og spesielt de med lav livskvalitetsskår hadde vansker med søvnen. Årsaken skyltes stomilekkasjer og liggstilling i forhold til stomiplaten. Dette ble illustrert

med dyp, uforstyrret søvn som aldri oppstod hos denne pasientgruppen (Notter og Chalmers, 2012; Grant mfl., 2011).

Avhengighet av stomiens funksjon påvirket deltagerne i alle studiene og skapte usikkerhet og frykt for sosiale sammenhenger og aktiviteter. Det psykiske, hindret det fysiske, som igjen førte til et personlig tap (Notter og Chalmers, 2012; Grant mfl., 2011; Danielsen, 2013; Smith mfl., 2017; Krouse mfl., 2009; Leyk mfl., 2014; Davis mfl., 2011; Mahjoubi mfl., 2012). I forhold til andre sosiale aktiviteter i samfunnet viste studien til Notter og Chalmers (2012) hvordan disse aktivitetene hadde forandret seg og det var flere kvinner enn menn som rapporterte reduksjon eller hindring av aktivitet. Hovedproblemet var her frykt for lekkasje. Denne frykten oppstod oftest ved anstrengte aktiviteter og sport, der man måtte bevege seg mye;

”If I’m out for long it tends to happen... I don’t want to have to explain it to people.... I mean it’s personal...” (Notter og Chalmers, 2012).

Stomien ble oppfattet som tabubelagt i samfunnet og dette medførte utfordringer i sosiale sammenhenger. Stell av stomien i offentlige sammenhenger var vanskelig fordi offentlige toalett ikke var tilrettelagt på lik måte som i hjemmet, og det var vanskelig å skjerme seg selv og andre for lukt. I tillegg opplevdes oppvarmede klima som en spesiell utfordring fordi dette forsterket lukten ved stomistell. Under reiser var brukeren avhengig av ekstra stomiutstyr grunnet mangel på kontroll av eliminasjon. Frykten for å gå tom eller miste bagasjen resulterte i mindre reising. Studier viste også at det ble benyttet hotell fremfor overnatting hos venner (Danielsen mfl., 2013; Notter og Chalmers, 2012; Grant mfl., 2011).

Over tid erfarte deltagerne i de ulike studiene nye måter å mestre stomiutfordringene. Mestring av stomirelaterte problemer gav brukeren en form for akseptasjon av stomien og en nyansering på livet, med endret fokus fra negativt til positivt (Krouse mfl. 2009; Smith mfl., 2017; Notter og Chalmers, 2012). Flere av deltagerne i studien til Smith (2017) fremmet selvtilliten sin ved å motivere andre. Sterke, positive begreper som *”crusade”*, *”raise”* og *”awariness”* fjernet frykten og det tabubelagte rundt stomien. Dette gav styrke tilbake til brukeren og forbedret opplevelsen av stomien. Man måtte likevel være selektive med hvem man delte erfaringene med. Mange spørsmål tilbake var

plagsomt, man ønsket bare å bli forstått. Man ville ikke kjennetegnes *med* stomien, der alt handlet *om* stomien. Man ønsket bare å være en del av normalen (Smith mfl., 2017).

I studien til Grant (2011) kom det frem at det var brukere med lav livskvalitetsskår som unngikk aktiviteter de ikke følte seg trygge i. Brukere med høy livskvalitetsskår justerte og tilpasset stomien slik de kunne delta i de ulike aktivitetene. Disse deltagerne identifiserte seg med måter å overkomme bekymringene, som tilrettelegging i forhold til tid, klesplagg og generelt alt som bekymret dem med stomien. Fokuset var å beskytte stomien fra alt som kunne presse eller irritere stomiplaten og posen. Bruk av humor hadde effekt på tilbakevinning av selvtilliten, og var relatert til hvordan brukerne lærte seg å ta vare på stomien. Særlig kvinner fokuserte på matvarer som gav luftproblemer og mer lukt. Erfaringene til de kvinnelige brukerne viste at fett- og krydderrik mat skapte luftplager og mer lukt. Videre viste det seg at det var individuelt hvordan den enkelte reagerte på maten og at de erfaringsmessig måtte prøve seg frem på ulike matsorter. Fokus på matinntak bedret kontrollen på produksjonen av stomien, med faste gode rutiner for måltid og inntak av mat (Grant mfl., 2011). Studien til Krouse (2009) viste videre at menn benyttet mest problemløsningsstrategier for å lindre stressfulle tilstander, mens kvinner benyttet følelsesfokuserte strategier for å regulere konsekvenser av følelser (Krouse mfl., 2009).

4.3 Nettverkets betydning

Interessante funn i noen av studiene viste at mestring av stomirelaterte problemer var avhengig av god sosial støtte som gav brukeren styrke i opplevelsen av motgang. Åpenhet om stomikreasjonen fremmet åpenhet om følelser rundt stomien fordi støtten ble mer tilgjengelig (Leyk, 2014; Davis mfl., 2011; Smith, 2017; Krouse mfl., 2009; Grant mfl., 2011). Klare tall i studien til Davis (2011) indikerte at brukere med stomikreasjoner under 1 år opplevde dårligere livskvalitet enn stomikreasjoner over 10 år (Davis mfl., 2011). Dette til tross for at et stort flertall i studien til Leyk (2014) opplevde maksimal sosial støtte fra familie og venner de første årene. Denne studien viste at sosial- og informasjonsstøtte minsket dess lenger brukeren levde med stomien. Statistisk signifikans mellom sosial støtte og livskvalitet viste videre at god sosial støtte fra start bygget relasjoner over tid. Dette medførte at deltageren mestret de stomirelaterte problemene bedre (Leyk, 2014). En deltager i studien til Smith (2017) beskrev dette godt;

”Sometimes, it’s quite nice to be a bit different. But at first I was sort of embarrassed, didn’t want anyone to know about it, but now do not really care about if anyone knows. It’s just like feels (pause) bit good to be slightly different to everybody else. Gives you something to talk about like with new people.” (Smith mfl., 2017).

Ingen sosial kontakt og mangel på støtte var faktorer som kunne forlenge vanskeligheter til stomien, og kunne dermed være en risikofaktor som svekket opplevelsen av god livskvalitet (Krouse mfl., 2009).

4.4 Informasjon, veiledning og oppfølging

God informasjon, veiledning og oppfølging viste seg å være viktige faktorer for opplevelsen av stomien (Notter og Chalmers, 2012; Grant mfl., 2011; Danielsen, 2013; Smith mfl., 2017; Krouse mfl., 2009; Leyk mfl., 2014; Davis mfl., 2011; Mahjoubi mfl., 2012). Over halvparten av deltagerne i studien til Notter og Chalmers (2012) hadde ikke lenger noen form for oppfølging av spesialist. En stor del av disse hadde ikke blitt tilbudt oppfølging og en liten andel mente selv de ikke trengte oppfølging (Notter og Chalmers, 2012).

Årsakene til lekkasje fra stomien skyldes dårlig passform og adhesjoner. For menn var også stomiposens kapasitet et problem. Et stort flertall rapporterte lekkasjeplager, men ingen anså dette som et problem å ta videre til en spesialist eller en stomisykepleier, som deltagerne beskrev *”hadde det for travelt”*. Flere av deltagerne bekreftet at de brukte produsentinformasjon og prøvde seg frem selv fremfor å søke hjelp hos spesialist;

”I tried 8 or 9, but went back to the original.... None were any better.” (Notter og Chalmers, 2012).

Funn i andre studier viste likevel at de som hadde vært i kontakt med spesialist eller stomisykepleier for mindre enn seks måneder siden ikke nødvendigvis opplevde bedring av stomiproblemer, verken på stomilekkasjer eller hudtilstand, men at dette var bedre for

de som hadde mottatt veiledning og informasjon for mer enn et år siden (Notter og Chalmers, 2014; Davis mfl., 2011).

Bruk av dobbeltsidig klebeteip hadde stor innvirkning på forbedret livskvalitet for de som tidligere hadde store plager med lekkasje fra stomien. Brukere med målt høy livskvalitet merket ikke store forandringer etter bruk av klebeteipen, men hadde heller ingen store plager med lekkasje fra tidligere (Davis mfl., 2011). Selvstendighet i stomistellet var også en viktig faktor som innvirket på opplevelsen av livskvaliteten. Selvstendighet gav en mestringsfølelse og opplevelse av å være hel igjen (Danielsen mfl., 2013).

Funn i studiene til Davis (2011) og Mahjoubi (2012) viste at planlagte stomioperasjoner hadde bedre innvirkning på livskvalitetsskåren enn hasteoperasjoner, og stomirelaterte problemer var høyere hos de som ikke var forberedt på komplikasjoner i ettertid av operasjonen (Davis mfl., 2011; Mahjoubi mfl., 2012). Flere av deltagerne i studiene til Notter og Chalmers (2012) og Danielsen (2013) rapporterte at stomiveilederen ikke hadde nok kunnskap, og et flertall var misfornøyde med hjemmesykepleierne generelt. Informasjonen og veiledningen brukerne hadde fått på sykehuset samsvarte ikke med virkelighetens problemer, og mange opplevde å bli skjermet fra mulige komplikasjoner (Notter og Chalmers, 2012; Danielsen mfl., 2013). Det var beroligende at helsepersonell oppsøkte den enkelte jevnlig, men mange opplevde at sykepleieren skjermet brukeren fra mulige komplikasjoner som kunne oppstå og gav brukerne urealistiske mål. Konsekvensen av skjermingen medførte at brukerne ikke var forberedte på hvordan de skulle håndtere situasjonen (Danielsen mfl., 2013). I studien til Krouse (2009) beskrev en av deltagerne at kurering av sykdommen ikke bare handlet om å fjerne sykdomstegn, men også om å ivareta pasientens psykiske og sosiale velvære. Deltagerne i studien til Danielsen (2013) forklarte at informasjon og veiledning var avhengig av relasjonsbygging og tillit til helsepersonell, at pasienten følte seg sett for sine individuelle behov, og ikke minst hadde brukeren behov for å la inntrykk synke inn før mer informasjon ble gitt (Danielsen mfl., 2013; Krouse mfl., 2009). En pasient i studien til Smith (2017) beskrev det slik:

”They told me I’d have a neat of little rosebud on my skin... I thought an alien had landed.”(Smith mfl., 2017).

Noen rapporterte også at de hadde fått samtale med stomisyepleier eller spesialist, men at det hadde vært bedre om de hadde fått hatt samtalen senere i forløpet. Størstedelen av deltagerne med psykiske og emosjonelle problemer var de som ikke hadde fått optimal samtale når de trengte det. Studien til Notter og Chalmers (2012) viste også det var like sannsynlig at de som nylig hadde gjennomgått operasjon hadde fått mangel på rådgiving og nødvendig informasjon, som de som hadde utført operasjon for mange år siden når stomisyepleie ikke ble praktisert på sykehusene (Notter og Chalmers, 2012).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet presenterer en metodediskusjon og videre en resultatdiskusjon som drøfter forskningsstudienes resultat i tråd med teoribakgrunn. I resultatdiskusjonen vil også konsekvensen for sykepleien bli belyst.

5.1 Metodediskusjon

I desember 2017 ble en prosjektplan utarbeidet for å planlegge det videre arbeidet med den systematiske litteraturstudien. Arbeidet med de åtte forskningsstudiene som oppgaven bygger på er utført med utgangspunkt i NTNU sine retningslinjer. Oppgavens metodel del bygger på litteraturen til Forsberg og Wengström (2015) og oppgavens analysedel bygger på Evans (2002) metodeanalyse.

I oppstarten av den systematiske litteraturstudien ønsket jeg å avgrense studien min til yngre kvinners opplevelse av stomien. Et bredt spekter av begge kjønn og alder fra 18 år til 70 år var dominerende i de fleste søkene av de ulike databasene. Dette gjorde det vanskelig å avgrense oppgaven til en spesiell aldersgruppe med fokus på et kjønn. Jeg konkluderte derfor med å endre fokuset til voksne med tarmstomi.

Det har også vært vanskelig å avgrense problemstillingen mer enn jeg har gjort da livskvalitet dekker et bredt spekter av subjektive opplevinger innen fysiske-, psykiske og sosiale sammenhenger. Det har også vært et stort flertall av kvantitative forskningsstudier under hele søkeprosessen i de ulike databasene, og jeg var lenge i tvil om jeg kunne fortsette med nåværende problemstilling grunnet dens avgrensing til et pasientperspektiv. De ulike studiene har også et bredt spekter av antall år med stomikreasjonen der noen få av operasjonene ble utført i 1950-årene. Mange etiske aspekter har forandret seg siden den gang, men funn i studien til Notter og Chalmers (2012) viste at dette ikke vil svekke studienes samlede resultat.

Jeg har delt inn funnene i resultatdelen i ulike kategorier som munner ut i tre overordnede tema. Første temaet om ”endret kropp og konsekvens” er betraktelig større enn de andre temaene. Jeg prøvde lenge å dele opp dette temaet i for eksempel ”opplevelsen av endret kropp” og ”følger av endret kropp”, men underkategoriene som ”stomirelaterte problemer”

og ”mestring og akseptasjon” hadde stor innvirkning i begge disse alternativene for tema og jeg konkluderte derfor med å beholde *et* langt tema.

Jeg har kritisk vurdert valgene for oppgaven og vist til troverdig litteratur for begrunnelse av egne valg. Bibliotekaren har også hjulpet meg med å forstå de ulike databasene, og STEG-verktøyet som ble utarbeidet i 2018 var god og oversiktlig.

Evans (2002) viser til at detaljer kan gå tapt under fremlegging av synteses siden kvalitative studier ikke presenterer numerisk data som kan overføres med tabell. Analysen av de kvalitative studiene har vært grundig gjennomarbeidet, og resultatene er presentert med utgangspunkt i etiske retningslinjer, der egne fordommer i tolkningen ikke har hatt innvirkning som kan svekke validiteten i resultatet. Forskningsstudiene som er blitt benyttet er publisert mellom 2009-2017, og et fokus på nyere forskning vil derfor styrke oppgavens resultat.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne systematiske litteraturstudien skulle jeg på grunnlag av åtte forskningsstudier utforske hvordan voksne med tarmstomi opplevde at stomien påvirket deres livskvalitet. Resultatet av de åtte forskningsstudiene viste en rekke fysiske-, psykiske- og sosiale faktorer som innvirket på den helhetlige opplevelsen av tarmstomien. Studiene viste videre at tid siden stomikreasjon, alder, kjønn og sosial støtte, oppfølging og veiledning var avgjørende faktorer for opplevelsen. Jeg har i resultatdiskusjonen valgt å endre overskriftene av temaene som jeg benyttet i resultatdelen. Dette ble gjort for å kunne drøfte resultatene opp mot teoribakgrunnen og konsekvensen for sykepleien, på en mer systematisk og ryddig måte. Jeg vil likevel understreke at alle temaene kommer tydelig frem tross endringer av overskrifter.

5.2.1. Stomikreasjonens innvirkning på kroppsbilde og kroppslige funksjoner

Kroppsoppfatning, selvtillit og endringer av kroppslige funksjoner ble påvirket av stomikreasjonen. Flere studier dokumenterte likevel at alder og kjønn hadde stor

innvirkning på opplevelse av stomikreasjonen og konsekvens for egen oppfattelse av livskvalitet (Danielsen, 2013; Mahjoubi mfl., 2012; Smith mfl. 2017; Krouse mfl., 2009; Grant mfl., 2011; Notter og Chalmers, 2012; Davis mfl., 2011; Leyk mfl., 2014). Kvinners opplevelse av stomien svekket derimot livskvaliteten i større grad enn hos menn grunnet psykiske plager som hindret de fysiske behovene (Grant mfl., 2011; Notter og Chalmers, 2012; Davis mfl., 2011). Tidligere studier har dokumentert et klart skille mellom menn og kvinners oppfattelse av livskvalitet, med ulike forventninger og målsetninger i livet (Annandale og Hunt, 2001). Studier har også dokumentert at eldre er mer fornøyde med materielle levevilkår, nærmiljø og sosiale relasjoner enn yngre (Hansen og Daatland, 2016). Disse funnene er interessante, og noe jeg har erfart fra mange brukersituasjoner i helsefaglig sammenheng. Som sykepleier tenker jeg likevel det er viktig å tilnærme seg den enkelte, uavhengig av kjønn eller alder, for å møte hans/hennes behov. Lidelsen oppleves individuelt. Reaksjonen av en lidelse vil være ulik fra individ til individ, og påvirkes av tidligere erfaringer, hvilke kunnskaper vedkommende har om sykdommen og hvilke fremtidsmål vedkommende setter seg. Sårbarheten påvirkes av hvor alvorlig lidelsen oppleves, og usikkerheten fremmer mangelen på kontroll (Bastøe, 2011). Dette viser WHO (2018) i sin definisjon om livskvalitet, der den subjektive opplevelsen, i lys av egen kultur og verdssystemer, blir definert i kontekst av egne mål, forventninger, standarder og bekymringer (WHO, 2018).

Forskningsstudiene viste at stomikreasjonen opplevdes ulikt, men hadde innvirkning på kroppsbilde og kroppslige funksjoner for samtlige brukere. Opplevelsen av stomien ble påvirket av sosial støtte som gav brukeren styrke i møte med motgang (Smith mfl. 2017; Krouse mfl., 2009; Grant mfl., 2011). I Cullbergs kriseteori beskriver Eide og Eide (2007) at opplevelsen av en krise deles inn i fire faser. Bearbeiding av krisen må skje i et systematisk forløp for at brukeren skal lære seg å leve med krisen på en god måte. Dette innebærer en opplevelse av velvære og integritet som kan fremme opplevelsen av god livskvalitet. De fire fasene av en krise flyter gjerne over i hverandre, men avhenger av god sosial støtte for komme seg videre (Eide og Eide, 2007; WHO, 2018).

Et videre interessant funn i forskningsstudiene viste at utfordringer med stomien over lengre perioder kunne skyldes ustabile forhold i livet, med lite sosial kontakt psykiske forvanskninger (Krouse mfl., 2009). Cullbergs kriseteori utdypet at overgangen fra reaksjonsfasen til bearbeidingsfasen bør skje innen rimelig tid for å unngå en opplevelse av

reduisert livskvalitet. Brukere uten sosial støtte, er avhengig av god oppfølging og veiledning av helsepersonell over tid for å bearbeide krisen. Her er det sykepleiers rolle å sørge for at brukeren har den støtten som han/hun har behov for, i møte med en ny, utfordrende livssituasjon (Eide og Eide, 2007; Cullberg, 1991).

Frykten for stomilekkasje viste å være hovedfaktor som svekket opplevelsen av livskvaliteten. Årsaken skyldtes oftest dårlig passform eller for liten kapasitet på stomiposen (Notter og Chalmers, 2012). Avføring inneholder nedbrytende enzym som oppleves etsende på hudoverflaten, dermed oppstår det en hudirritasjon (Nilsen, 2010). Det er forståelig at disse stomiplagene kan medføre redusert energinivå og livskvalitet. God oppfølging og veiledning av helsepersonell kan redusere disse plagene. Tiltak bør iverksettes og justeres etter brukerens behov. Dette kan fremme helsen og hindre forverring av lidelsen (Nilsen, 2010). Studien til Notter og Chalmers (2012) viste at lekkasjen ikke var noe brukeren anså som et problem å ta videre. Dette ble argumentert med at helsepersonellet hadde det for travelt. Produsentinformasjon ble et alternativ, og om problemet ikke løste seg ble konsekvensen at brukeren måtte leve med plagene (Notter og Chalmers, 2012). Opplevelsen av at helsevesenet har det for travelt er et stadig økende problem. Befolkningen øker, arbeidspresset øker og det økonomiske forbruket skal reduseres. Konsekvensen blir at brukerne ikke får den hjelpen de burde. Nes (2017) sier i sin definisjon at god livskvalitet fremmer god, psykisk-, fysisk- og sosial helse (Nes, 2017). Sykepleier skal i følge helsepersonelloven, ved hjelp av sin kompetanse og erfaring, veilede og eventuelt henvise videre dersom situasjonen krever høyere kompetanse (Lovdata, 1999). Dette kan fremme helse og reduserer stomiproblematikken. Det krever igjen at sykepleier er tilgjengelig og tar seg tid til den enkeltes behov, tross tids- og arbeidspres fra alle kanter. God, tilgjengelig sykepleie kan også være en avgjørende faktor som kan redusere arbeidspresset.

Stomirelaterte problemer var høyere hos brukere som ikke var forberedt på dette. Videre ble mange informert om urealistiske mål og opplevde å bli skjermet fra virkeligheten (Danielsen mfl., 2013; Mahjoubi, 2012). Studiene til Davis (2011) viste heller ikke signifikant forbedring etter stomisykepleiers besøk, verken på lekkasjeproblemer eller hudtilstand. Dette kan være et resultat av dårlig oppfølging, som igjen viser hvor viktig god informasjon er. Den rammede skal informeres om mulige komplikasjoner som kan

oppstå og på denne måten være klar over hva han/hun skal se etter for å ta kontakt med helsepersonell (Nilsen, 2010).

I følge Nilsen glemmer pasienter mye av det som blir sagt under et sykehusopphold (Nilsen, 2010). Dette forklarer Cullberg som en helt naturlig reaksjon i første del av den akutte fasen av en krise. Et kaos av følelser hindrer den rammede av krisen å tenke klart, og det er derfor vanskelig å forstå det som skjer og blir sagt (Cullberg, 2010).

Informasjonen også gjennom papirform kan hjelpe brukeren å huske viktige forebyggingsfaktorer som kan redusere stomiproblematikken. Sykepleier skal, i følge pasient- og brukerrettighetsloven, sørge for at informasjonen som blir gitt er forstått av brukeren (Lovdata, 1999). På denne måten er brukeren bedre rustet til å møte utfordringer i hverdagen.

Flere brukere rapporterte likevel at sykepleiere ikke hadde god nok kompetanse i møte med brukeren med stomi og hans/hennes opplevelse av stomien (Notter og Chalmers, 2012). Kurering handler ikke bare om å fjerne sykdomstegn, men også om å ivareta brukerens psykiske- og sosiale velvære. Stomikreasjonen er en enorm livsforandringsprosess, med daglig pleie, ukontrollert tømming og påvirkning på aktivitet. Det er derfor viktig at sykepleier møter den individuelle med omtanke og respekt, som ivaretar den rammedes integritet på en verdig måte (Hummelvoll og Barbosa da Silva, 2012).

5.2.2 Følger av endret kroppsbilde og kroppslige funksjoner

En konsekvens av nedsatt selvbilde og kroppslige funksjoner svekket lysten for intime situasjoner. Dette til tross for svært få funn av partnerens negative reaksjon på stomien (Smith mfl., 2017; Grant mfl., 2011; Notter og Chalmers, 2012). Det er naturlig å tenke at tapet av kontroll på egen kropp kan oppleves utfordrende for den enkelte. Grov (2011) viser til opplevelsen av en ny livssituasjon som for mange medfører vonde, kompliserte, fortvilende og irriterende følelser, med tap av selvbilde og autonomi (Grov, 2011). Dette er faktorer som reduserer opplevelsen av livskvalitet, der den subjektive opplevelsen av trivsel, glede, mening, trygghet og tilhørighet, svekkes av psykiske-, fysiske- og sosiale faktorer (WHO, 2018; Nes, 2017). Brukerens opplevelse av den ”*nakne*” stomien påvirker helheten og det naturlige oppleves unaturlig. Sykepleier skal sakte, men sikkert

konfrontere pasienten/brukeren med virkeligheten og motvirke realitetsforvanskninger. Dette krever empati og sympati for ikke å krenke pasienten/brukerens integritet og velvære (Eide og Eide, 2007; Cullberg, 1991).

Redusert energinivå etter stomikreasjonen var også et resultat som kunne gi emosjonelle plager. En konsekvens av dette medførte at noen av brukerne måtte redusere eller være fraværende fra arbeid (Notter og Chalmers, 2012). Interessant nok var det ingen synlig forskjell i livskvaliteten mellom Crohns, divertikulitt, tarmskader eller kreft som årsak til stomikreasjonen. Brukere med tidligere plager av sykdommen Ulcerøs kolitt hadde noe høyere livskvalitetsskår enn de andre årsakene (Davis mfl., 2011). Disse funnene er interessante da jeg tidligere har tenkt at ileostomi kan gi mer plager enn kolostomi grunnet løsere avføring, større tap av væsker og irritert hud rundt stomien grunnet nedbrytende enzymer fra tynntarmen (Nilsen, 2010) I tillegg kan det tenkes at stomi grunnet tarmkreft kan skape en sterkere frykt for døden siden tarmkreft har høy dødlighet (Kreftforeningen, 2018). Det er likevel naturlig å tenke at stomikreasjon grunnet Ulcerøs kolitt kan oppleves bedre da den kroniske sykdommen fra tidligere har skapt smerteproblematikk over lengre perioder (NHI, 2017).

Stomiens funksjon og ukontrollerte mønster krevde planlegging og tilrettelegging. Dette opplevdes utfordrende for brukeren uten å bli forfulgt av lukt. Et resultat av et stigmatisert samfunn i forhold til avføring og brukerens opplevelse av å være ekkel og en plage for andre, medførte at brukeren bevisst unngikk sosiale sammenhenger (Danielsen, 2013; Grant mfl., 2011; Notter og Chalmers, 2012; Smith mfl., 2017). Tarmstomien har en varig fekal inkontinens. Fekalt innhold har over tid blitt oppfattet som stigmatisert i samfunnet (Garcia mfl. 2008). Forskningsstudiene viser til brukerens frykt for å være unormal og andres oppfatninger av vedkommende. De sosiale holdningene til avføring gjør at brukeren med stomi ikke bare føler behovet for å skjerme seg selv for byrden, men også andre for flauheten. Det blir et psykisk press fra flere vinkler, der den rammede må håndtere både sine egne- og andres følelser. Dette svekker den subjektive opplevelsen av glede, mening, trygghet og tilhørighet, som i følge Nes kan ha en negativ innvirkning på opplevelsen av egen livskvalitet (Nes, 2017). Sykepleier kan gjennom sin kompetanse se brukeren og møte hans/hennes behov. Av egne praksiserfaringer har jeg sett at pasienten/brukeren får et nytt syn på stomikreasjonen etter å ha snakket med en erfaren sykepleier om sine egne problemer til stomien. For å kunne gi god sykepleie til denne brukergruppen er det likevel

viktig at sykepleier tilegner seg den nødvendige kunnskapen som situasjonen krever. Uten nødvendig kompetanse kan sykepleien føre til forverring av lidelsen og misstillit til helsepersonell, som skal kunne hjelpe denne brukergruppen (Lovdata, 1999).

5.2.3 Høy livskvalitet versus lav livskvalitet

Mestring involverer tanker og oppførsel som blir brukt for å håndtere interne eller eksterne krav av en situasjon som oppleves stressende (Bastøe, 2011). Forskningsstudiene viste at at mestring av stomirelaterte problemer gav brukerne en form for akseptasjon av stomien. Justeringer av måter å håndtere stomiproblemene dannet gode og dårlige erfaringer over tid. Dette var avgjørende for å håndtere utfordringene (Notter og Chalmers, 2012; Grant mfl., 2011; Danielsen, 2013; Smith mfl., 2017; Krouse mfl., 2009; Leyk mfl., 2014; Davis mfl., 2011; Mahjoubi mfl., 2012). Aktiv mestringsstrategi påvirker oppførsel eller psykososial respons for å forandre den naturlige stressreaksjonen (Hansen og Daatland, 2016). Cullberg forklarer dette i sin kriseteori som en *nyorienteringsfase*, der man blir mer og mer mottakelig for det som virker truende og vanskelig, og krisen blir en del av livet (Eide og Eide, 2007; Cullberg, 2010).

Brukere med høy livskvalitet lærte seg å håndtere og akseptere stressituasjoner. Møter med utfordringer ble dermed mindre ubehagelige. En drøfting av funn i forskningsstudiene og teoribakgrunnen kan derfor forklare hvorfor den kvinnelige deltageren i studien til Grant (2011) opplevde høy livskvalitet tross at hun aldri ville sette seg i en intim situasjon igjen. Denne brukeren var trolig tilfreds og klarte å se situasjonen i nytt lys. Krisen ble en del av livet uten å være en hemmende faktor for opplevelsen av et godt liv (Eide og Eide, 2007; Cullberg, 2010).

Brukere med lav livskvalitet benyttet seg av unngående mestringsstrategier fordi de håndterte vanskelige situasjoner dårlig (Hansen og Daatland, 2016). Dette forklarer Cullberg som en umiddelbar reaksjon av en krise, der forsvarsmekanismer som fortrengeing og regresjon ofte ubevisst blir benyttet for å holde angsten i sjakk (Cullberg, 2010). Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel mener at det endelige målet for sykepleie skal være å hjelpe og styrke brukeren til å bli den han/hun ønsker å være. Ved tap av integritet og velvære skal sykepleier tilrettelegge slik brukeren får "leve ut" sine "spesielle anliggender". Dette krever et godt samspill mellom bruker og sykepleier, og avhenger av

at sykepleier aktivt er til stede og får en dyp forståelse for brukerens opplevelse av situasjonen. Sykepleier skal videre støtte brukeren og skape mening og forklaring i det brukeren oppfatter som ukjente og uforståelig (Kirkevold, 2012 s. 208). Denne måten å utøve sykepleie på kan fremme opplevelsen av brukerens livskvalitet.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å utforske voksnes opplevelse av egen tarmstomi og hvordan dette påvirket deres opplevelse av egen livskvalitet.

Kroppoppfatning, selvbilde og endringer av kroppslige funksjoner ble påvirket av stomikreasjonen. Hovedfaktoren som svekket opplevelsen av livskvaliteten var likevel frykten for lekkasje.

Tapet av kontroll på egen kropp medførte en hindring i å utføre normale aktiviteter. Kjønn, alder, sosial støtte, oppfølging og veiledning viste likevel å være avgjørende faktorer for opplevelsen av stomikreasjonen og dens innvirkning på den enkeltes opplevelse av livskvalitet. Gjennom justeringer over tid, på grunnlag av gode og dårlige opplevelser, erfarte brukeren gode måter å håndtere stomiutfordringene. Dette gav en opplevelse av mestring i møte med utfordringene. Opplevelsen av mestring fremmet akseptasjon av nåværende livssituasjon, som igjen kunne fremme opplevelsen av god livskvalitet. Sosial støtte og god oppfølging av helsepersonell var likevel avgjørende faktorer som styrket brukeren i møte med stomirelaterte problemer.

En konsekvens av dårlig sosial støtte og ustabile forhold i brukerens liv kunne hindre brukeren i å være løsningsorientert. Flere brukere opplevde videre at stomisykepleiere og sykepleiere generelt hadde for liten kunnskap om stomiens konsekvens for den helhetlige opplevelsen av brukerens livssituasjon. Mange opplevde også å motta urealistiske mål og forventninger om stomikreasjonen i møte med hverdagen. Manglende- og utilstrekkelig informasjon svekket opplevelsen av kontroll og hindret brukeren i å oppleve mestring. Forskningsstudiene viste videre at brukerne ikke spurte om hjelp fordi de anså helsevesenet for å ha det for travelt. Dette er et alvorlig funn som kan medføre misstrivsel, større lidelse, tap av egen identitet og er dermed en større risikofaktor for opplevelse av dårlig livskvalitet.

I møte med brukere av stomi skal god sykepleie ivareta brukerens helhetlige behov. Dette innebærer observasjon av kliniske forhold og fremming av brukerens egen integritet og velvære. Tiltak blir tatt i bruk for å fremme en positiv opplevelse av stomikreasjonen. De fysiske-, psykiske- og sosiale plagene som stomikreasjonen kan medføre, er derfor

viktige faktorer for sykepleier å ta hensyn til for å fremme en helhetlig, god opplevelse av stomien.

Videre forskning

Det er få kvalitative forskningstudier som omhandler tarmstomi og livskvalitet. I tillegg er det lite forskning som spesifiserer seg på kvinners opplevelse av tarmstomien. Det kan for eksempel være gunstig for helsepersonell at det forskes mer på kvinner og deres opplevelse av tarmstomien, siden det i denne studien vises at kvinner opplever mer redusert livskvalitet sammenlignet med menn.

Vedlegg 1 – Referanselister

- Annandale, E. og Hunt K. (2001) Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science and Medicine*, 60(6) s. 1229-1240
- Bastøe, L-K. H. (2011) Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade, i Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. Utgave 4. Oslo: Akribe, s.81-104
- Burckhart, C.S. og Anderson K.L (2003) The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health Qual Life Outcome*. 1(60)
- Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. Utgave 3. Stockholm: Natur och Kultur
- Danielsen, A.K. m.fl., (2013). Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 40(4), s.407–412
- Davis, J. S. m.fl., (2011). Factors impairing quality of life for people with an ostomy. *Gastrointestinal Nursing*, 9(Sup2), s.14–18.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Utgave 2. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, D. (2002) Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), s. 22-26
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Grant, M. m.fl., (2011). Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncology Nursing Forum*, 38(5), s.587–96
- Grov, E. K. (2011) Å bli pasient, i Holter, I. M. og Mekki T. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. Utgave 4. Oslo: Akribe, s.51-68
- Hansen, T. og Daatland, S.O. (2016) *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. Tilgjengelig fra:
<<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1191/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet%20IS-2475.pdf>> (Hentet: 18.04.18)
- Harden, A. (2010) *Mixed-Methods Systematic Reviews: Integrating Quantitative and Qualitative Findings*.
- Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:
<<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>> (Hentet: 09.04.18)

- Hummelvoll, J. K. og Barbosa da Silva, A. (2012) Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid, i Hummelvoll, J.K. *Helt - ikke stykkevis og delt*. Utgave 7, Oslo: Gyldendal, s.83-109
- Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Utgave 2. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kreftforeningen (2018) *Tarmkreft*. Tilgjengelig fra: <<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/tarmkreft/>> (Hentet: 17.04.18)
- Kroise, R.S. mfl. (2009) Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), s.227–233
- Leyk, M. m.fl. (2013) The Influence of Social Support From the Family on Health Related-Quality of Life in Persons with a Colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41(6), s.581-588.
- Lovdata (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>> (Hentet: 14.05.2018)
- Lovdata (1999) *Lov om pasient- og brukerrettighete*. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>> (Hentet: 14.05.2018)
- Mahjoubi, B. m.fl., (2012). A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), s.136-136.
- Nes, R.B. (2017) *Fakta om livskvalitet i Norge*. Tilgjengelig fra: <<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>> (Hentet: 31.10.17)
- Nilsen, C. (2010). Sykepleie til pasienter med stomi, i Almås H., Stubberud D-G og Grønseth R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*, 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk s.103-132
- NHI (2017) *Sammenvoksnings i bukhulen etter operasjon*. Tilgjengelig fra: <<https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/komplikasjoner/sammenvoksnings-i-bukhulen/>> (Hentet: 05.04.18)
- NHI (2017) *Ulcerøs colitt*. Tilgjengelig fra: <<https://nhi.no/sykdommer/magetarm/inflammatorisk-tarmsykdom/ulceros-kolitt/>> (Hentet: 17.04.18)
- Norsk senter for forskningsdata (2017). *Norsk senter for forskningsdata*. (Internett) Tilgjengelig fra: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/>> Hentet: 03.11.17
- Notter, J. & Chalmers, F. (2012). Living with a colostomy: A pilot study. *Gastrointestinal Nursing*, 10(6), s.16–24.

- Regjeringen (1999). *Livshjelp – behandling, pleie og omsorg til uhelbredelig syke*.
Tilgjengelig fra: < <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-> >
(Hentet: 31.10.17)
- Richbourg, L., Thorpe, J.M. og Rapp, C.G. (2007) Difficulties experienced by the
ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 34(1), s.70-
79
- Smith, J. A., Spiers, J., Simpson, P., og Nicholls, A. R. (2017) Psychological Challenges of
Living With an Ileostomy: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Health
Psychology*, 36(2), s.143-151
- Wahl, A. K. og Hanestad, B.R. (2004) *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*.
Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO (2018) *Health statistics and information systems*. Tilgjengelig fra:
< <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> > (Hentet:
30.04.2018)
- Xiao-Jun, L. (2013) Methodological issues in measuring health-related quality of life.
Tzu Chi Medical Journal, 25(1), s.8-12

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Søkehistorikk Cinahl Complete:

	Søkeord	Dato	Begrensninger	Antall artikler	Utvalgte artikler
#1	Ostomy	20.08.17	2012-2017	1774	
#2	enterostomy	20.08.17	2012-2017	174	
#3	intestinal stoma	20.08.17	2012-2017	32	
#4	quality of life	20.08.17	2012-2017	71886	
#5	#1 OR #2 OR #3 AND #4	20.08.17		265	
#6	#5	20.08.17	Engelsk >18 år	119	

Søkehistorikk PsychINFO:

	Søkeord	Dato	Begrensninger	Antall artikler	Utvalgte artikler
#1	Ostomy	22.08.17		85	
#2	enterostomy	22.08.17		7	
#3	intestinal stoma	22.08.17			
#4	quality of life	22.08.17		67945	
#5	#1 OR #2 OR #3	22.08.17		95	
#6	#5 AND #4	22.08.17	Artikkel <5 år	33	
#7	#5 AND #4		2010-2017	17	Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies (Grant, M. m.fl., 2011)

Søkehistorikk PubMed:

	Søkeord	Dato	Begrensninger	Antall artikler	Utvalgte artikler
#1	ostomy	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år	4103	
#2	enterostomy	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år	1211	
#3	intestinal stoma	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år	388	
#4	quality of life	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år	48090	
#5	#3 and #4	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år	45	
#6	#4 and #2	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år	116	The Influence of Social Support From the Family on Health Related-Quality of Life in Persons with a Colostomy (<u>Levk, M.</u> m.fl., 2014)
#7	ileostomy	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år		
#8	colostomy	23.08.17	2012-2017 Engelsk >18 år		
#9	ileostomy	03.11.17	2012-2017 Engelsk >18 år		
#10	colostomy	03.11.17	2012-2017 Engelsk >18 år		
#11	#4 and #10	03.11.17	2012-2017 Engelsk >18 år	109	
#12	#4 and #9	03.11.17	2012-2017 Engelsk >18 år	145	
#13	Colostomy and psychosocial consequenses	03.11.17	2012-2017 Engelsk >18 år	5	
#14	Ileostomy and psychosocial consequenses	03.11.17	2012-2017 Engelsk >18 år	1	

Søkehistorikk Cinahl Complete:

	Søkeord	Dato	Begrensninger	Antall artikler	Utvalgte artikler
#1	urostomy	03.11.17		114	
#2	ileostomy	03.11.17		1008	
#3	colostomy	03.11.17		1385	
#4	ostomy	03.11.17		10453	
#5	quality of life	03.11.17		82775	
#6	#4 NOT #1	03.11.17		79	
#7	#6 AND #5	03.11.17		0	
#8	#2 OR #3 AND #5	03.11.17	2010-2017 Engelsk >18 år	27	<p>“Living with a colostomy: a pilot study” (Notter, 2012)</p> <p>“Factors imparing quality of life for people with an ostomy” (Davis, 2011)</p> <p>“A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran” (Mahjoubi m.fl., 2012)</p>

Søkehistorikk Cinahl Complete:

	Søkeord	Dato	Begrensninger	Antall artikler	Utvalgte artikler
#1	intestinal stoma	14.11.17			
#2	ileostomy	14.11.17			
#3	colostomy	14.11.17			
#4	quality of life	14.11.17			
#5	qualitative study	14.11.17			
#6	qualitative studies	14.11.17			
#7	#1 OR #2 OR #3	14.11.17		2765	
#8	#5 OR #6	14.11.17		112192	
#9	#7 AND #8 AND #4	14.11.17		18	<p>Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs” (Danielsen m.fl., 2013)</p> <p>”The Psychological Challenges of Living With an Ileostomy: An Interpretative Phenomenological Analysis” (Smith, J.A. m.fl., 2017)</p>

Søkehistorikk PsychINFO:

	Søkeord	Dato	Begrensninger	Antall artikler	Utvalgte artikler
#1	ostomy	08.01.18		69	
#2	enterostomy	08.01.18		6	
#3	intestinal stoma	08.01.18		9	
#4	quality of life	08.01.18		65141	
#5	#1 OR #2 OR #3	08.01.18		78	
#6	#5 AND #4	08.01.18		33	<p>“Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas” (Krouse, R.S., 2009)</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/	Relevans:
<p>Mahjoubi B., Mirzaei R., Azizi R., Jafarania M. og Zahedi-Shoolami L.</p> <p>“A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran”</p> <p><i>Health and Quality of Life Outcomes</i>,</p> <p>2012; 10(1): 136-136</p>	<p>Studiens hensikt var å evaluere livskvaliteten hos iranske pasienter med kolostomi og sammenligne alders- og kjønnsforskjeller hos denne gruppen.</p>	<p>Tykktaarmskreft, kolostomi, stomikomplikasjoner, sosiale funksjoner, fysiske funksjoner, psykiske funksjoner, livskvalitet, informasjon, veiledning, kjønn, alder,</p>	<p>Utvalg: Dette er en kvantitativ tverrsnittstudie. 96 personer, menn og kvinner i alderen 19-72 år, deltok. Disse hadde fått permanent kolostomi grunnet tykktarmskreft og var inne hos den kolorektale klinikken for stomi i Tehran for en rutinesjekk.</p> <p>Datainnsamling: Spørreskjemaet til Den Europeiske Organisasjonen for Forskning og behandling av kreftpasienters (EORTC) livskvalitet ble brukt for å vurdere pasientenes syv aspekter ved livskvalitet. Alle pasientene fullførte 19 spørsmål, mens de resterende spørsmålene ble fullført gjennom delprøver av pasientene. Skåringen ble utført av EORTC sin skåringsmanual.</p> <p>Analyse: Pasientgruppene ble sammenlignet ved hjelp av <i>Chi-squared test</i>, <i>Mann Whitney U-test</i>, <i>Kruskal-Wallis test</i> og <i>Fishers exact-test</i>. For å sammenligne livskvaliteten i de forskjellige gruppene, tatt i betraktning de demografiske variablene, ble <i>the One Way ANOVA test</i> brukt. SPSSW for Windows, versjon 11.05 ble brukt for å utføre analysen.</p> <p>Etisk vurdert: Studien har blitt etisk vurdert av den etiske komitéen Ethics Committee of Hazrat e Rasoul Hospital.</p>	<p>Resultatet av denne studien avslørte at alder hadde betydning for seksuell nytelse og at eldre hadde mye mer problemer med dette enn yngre. Kvinner med kolostomi rapporterte at de hadde lavere fysiske- og rollefunksjoner enn menn. Kvinnene erfarte også dårligere kroppsbilde sammenlignet med jevnaldrende menn. De eldre kvinnene hadde likevel bedre kroppsbilde og rollefunksjon enn de yngre kvinnene. De hadde også lysere perspektiv på fremtiden. Studien konkluderer med at eldre godtar situasjonen bedre enn yngre fordi eldre ser på stomiproblemet som en sammenheng med aldringsprosessen.</p>	<p>Studien er relevant da den viser til pasientens selv vurderinger og egne erfaringer med stomien og dets påvirkning på livskvalitet. Funnene i studien kan være med på å minske stomiproblemene til pasienten til et minimumsnivå da sykepleier kan få en bedre forståelse for pasientens opplevelse av sine problemer.</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat	Relevans
<p>Davis, J.S. m.fl.,</p> <p>Factors impairing quality of life for people with an ostomy.</p> <p><i>Gastrointestinal Nursing,</i></p> <p>2011; 9(2),s.14–18.</p>	<p>Å beskrive funn ved dokumenterte virkelige erfaringer med bruk av dobbellags klebemiddel for stomiplater (SenSura). Funnene er basert på en tidligere studie, som hadde fokus på stomiens hudforhold og dets påvirkning på livskvalitet etter bruken av limen mellom stomiplaten</p>	<p>Livskvalitet, dobbelsidig klebeteip, alder, kjønn, tid siden operasjon, stomilekkasje, psykisk påvirkning, sosial påvirkning, fysisk påvirkning,</p>	<p>Utvalg: Dette er en beskrivende cross-sectional studie der 1430 menn og 1492 kvinner i alderen 18-99 deltok. Tiden siden operasjon varierte fra mnd til over 10 år. Både brukere av planlagt- og ikke planlagt operasjon deltok, og årsaken skyltes ulcerøs kolitt, kreft, divertikulitt og Crohns sykdom. Både colostomister, ileostomister og urostomister deltok, men det var svært få med urostomi. Det flest permanente stomier og noen få midlertidige.</p> <p>Datainnsamling: Detaljert beskrivelse av DialogueStudy og Ostomy Skin Tool (verktøysskår for missfaring av hud, hudirritasjon og vevsovervekst) er vist i artikkel av Anderen et al (2011) i dette supplementet. Livskvalitet ble målt ved bruk av Stoma-QoL (Prieto et al, 2006) Studien foregikk på et tidsrom mellom 6-8 uker, ved to besøk hjemme hos stomisten</p> <p>Analyse: Ved bruk av kontinuerlige uavhengige variabler (Kovariater) ble studien analysert for å nå innvirkningen av faktorer som påvirket grunnleggende livskvalitet ved første besøk og faktorer som påvirket forandringer i stomilivskvaliteten gjennom studieperioden som foregikk mellom 2 besøk med 6-8 ukers mellomrom. Tolv klinisk relevante faktorer ble analysert ved start; tiden siden operasjonen, alder, kjønn, stomitype, planlagt operasjon, versus uplanlagt, grunnen for stomifremleggelsen, konveks eller ikke-konveks, lekkasjenivå og hyppighet av klinikkbesøk før studien. Ni av disse faktorene ble inkludert i analysen av forandringer fra besøk 1 til besøk 2, med mindre skåringssum av livskvalitet ved besøk 1 enn ved besøk 2.</p> <p>Etisk vurdert: Studien er ikke etisk vurdert av en komité, men presenterer alle resultat av studien, viser til kilder der annen forskning er brukt og beskytter pasientene sin identitet. Den veier også for og imot metoden som blir brukt og dens troverdighet i forhold til resultatet (Förberg og Wengström).</p>	<p>Studien viste at stomilekkasje, alder, kjønn og levetid med stomien hadde innvirkning på livskvaliteten. Det ble observert høyest forbedret gjennomsnittlig stomilivskvalitets-skår for de med lavest skår av livskvalitet ved 1. besøk etter 2. besøk. Etter 2. besøk hadde denne gruppen mindre lekkasje og mindre plager etter bruk av limen. Menn hadde også bedre livskvalitet enn kvinner.</p>	<p>Denne beskrivende studien er relevant fordi den viser til forskjellen mellom kjønn, alder og levetid med stomien sin effekt på livskvalitet.</p> <p>Studien viser også viktigheten av god oppfølging av helsevesenet og viktigheten av justeringer av stomiutstyr for å finne rett passform for den enkelte.</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-ord	Metode	Resultat	Relevans
<p>Grant, M. m.fl.</p> <p>Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies</p> <p><i>Oncology Nursing Forum</i></p> <p>2011; 38(5), 587–96.</p>	<p>Å beskrive bekymringer som påvirker livskvalitet, identifisert av kjønns-spesifikke fokusgrupper med stomi grunnet tykktarms-kreft</p>	<p>Livskvalitet, Tykktarms-kreft, fysisk utfordring, psykisk utfordring, sosial utfordring, åndelig utfordring, mestring, økonomi, sivilstatus, yrkes-status sosial-støtte</p>	<p>Utvalg: Dette er en kvalitativ forskningsstudie. Fra en spørreundersøkelse med 282 respondenter, ble 4-8 personer i 8 ulike fokusgrupper valgt til å delta i en videre studie. Fokusgruppen var basert på kjønn og hvor godt de skåret på livskvalitet i forhold til stomi i spørreundersøkelsen, fra lav til høy. Personene var medlemmer av Kaiser Permanente og bosatt i Oregon, sørvest Washington eller nord for California, og var over 18 år og hadde hatt stomien i over 5 år.</p> <p>Datainnsamling: Gruppene var fordelt basert på likt kjønn og livskvalitets-skåring. Det ble tatt lydopptak for senere transkripsjon. En diskusjonsguide stilte åpne spørsmål for å nå et bredt spekter av problemer. Diskusjonen omhandlet individuelle kreftbehandlinger, operasjoner, pleie og bekymringer til stomi.</p> <p>Analyse: Lydopptak ble transkriptert og omgjort til tekst. Innhold ble analysert av HyperRESEARCH, en innholdsanalyse basert på City og Hope sine fire dimensjoner. To kliniske etterforskere, trent i kvalitativ analyse, analyserte alle deltagerne gjennom The City of Hope-modellen. To etterforskere fullførte en endelig valideringsvurdering for å sikre resultatene.</p> <p>Etisk vurdert: Prosedyrer og protokoller var godkjent av Kaiser Permanente Northwest and Northern California Review Boards.</p>	<p>Likheter og ulikheter på tvers av gruppene og kommentarer og innholdsanalyse i gruppene viste hver gruppes unike karakter. De gruppene med høy livskvalitetsskår viste mindre engasjement innenfor de fire ulike livskvalitetsverdiene, men kvinner hadde mer å si om emnene enn menn. I tillegg hadde alle gruppene mer å tilføye på de fysiske- og sosiale velferdsdimensjonene enn på de åndelige dimensjonene. De med lavest livskvalitet var de som mestret hverdagen dårligere med stomien. Alle deltagerne viste til måter de brukte for å overvinne bekymringene sine, ved hjelp av t.d.klær og tid. Reising med tilpassing av nok stomiutstyr og seksualitet, var noe alle gruppene syntes var vanskelig. Kvinner slet mest med søvn, i hovedsak de med lavest livskvalitet. Menn ble mindre påvirket av stomiproblemene enn kvinnene.</p>	<p>Denne studien er relevant da den viser til at opplevelsen av en stomi kan og vil i de fleste tilfeller forårsake stomiutfordringer men over tid blir mange av disse problemene lettere å håndtere og man lærer seg å mestre dem. Noen problemer vil likevel alltid være vanskeligere enn andre å mestre.</p> <p>De som godtar livssituasjonen vil også få en bedre opplevelse av livskvaliteten.</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat	Relevans
<p>Danielsen, A.K. m.fl.,</p> <p>Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs.</p> <p><i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing,</i></p> <p>2013;40(4), s.407–412</p>	<p>Målet med studien var å utforske en permanent stomi sin innvirkning på brukerens hverdagsliv. Videre ville studien få innsikt i brukeren med stomi sine behov for stomiundervisning.</p>	<p>Stomitype, stomisykepleier, helse relatert livskvalitet, stomiutfall, bedre helse, stomikomplikasjoner, alder, kjønn, tid siden operasjon, stomilivskvalitet</p>	<p>Utvalg: En populasjon med permanente stomier, komprimert til 15 personer, deltok i denne kvalitative studien. Årsaken til stomien skyldtes tarmkreft eller inflammasjon i tarmene. Stomisykepleiere tok kontakt med deltagerne som fulgte studiens kriterier.</p> <p>Datainnsamling: Spørsmålene til intervjuene ble dannet ved hjelp av en litteraturgjennomgang funnet i elektroniske databaser. Søkeordene: 'erfaringer', 'pasientopplæring', 'stomiskapelse', 'enterostoma', 'kolostomi' og 'ileostomi' ble brukt. Videre ble artikler sjekket for relevans for intervjuet. Fokusgruppe-intervjuer ble gjennomført ved bruk av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, ved en kirurgisk avdeling. En erfaren intervjuer og en observatør hadde intervjuet. Dataen ble samlet inn over en to-måneders periode i 2010, men intervjuene foregikk i grupper. Målet med gruppeintervju var at deltakerne skulle få dele erfaringene sine.</p> <p>Analyse: Data ble analysert av en kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p>Etisk vurdert: Studien fulgte biomedisinsk studieetikk sine etiske retningslinjer og var godkjent av et dansk databyrå.</p>	<p>Stomikreasjonen førte til følelsen av stigma, å være annerledes. Brukeren med stomi ønsket ikke å dele kreasjonen, og bar på en redsel for å bli avslørt. Brukerne hadde også vansker med å identifisere sine nye liv med deres gamle, før operasjonen. Deltakerne uttrykte at de ønsket å bli sett som en hel person, de ønsket å ha nær kontakt med helsepersonell og få troverdig informasjon om stomien og livet med den. De ønsket å møte andre i samme situasjon, samlet som en gruppe etter sykehusutskrivelsen. De uttrykte ønsker om å ha en underviser som selv hadde stomi og skjønnte deres frustrasjoner og opplevelser.</p>	<p>Studien er relevant for min oppgave da målet med studien er å utforske brukerens enkelte opplevelse av stomien.</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat	Relevans
<p>Notter J. og Chalmers F.</p> <p>Living with a colostomy: a pilot study</p> <p><i>Gastrointestinal Nursing</i></p> <p>2012; 10(6): 16-24.</p>	<p>Studiens hensikt var å viderutforske hvilke problemer brukere av stomi opplever og hvilken påvirkning dette har på livskvaliteten deres</p>	<p>Livskvalitet , stomikomplikasjoner, fysisk påvirkning, psykisk påvirkning, sosial påvirkning, alder, kjønn, sivilstatus, yrkesstatus, mestring, stomioppfølging</p>	<p>Utvalg: Dette er en kvantitativ forskningsstudie der totalt 1000 spørreskjemaer ble sendt ut og 369 tilbakesendt som kunne analyseres. 45% av disse var menn og 55% var kvinner. 97% av respondentene var over 50 år. 90% var gift, med noen skillsmisser og et økende antall enker og enkemenn. Det var flere menn enn kvinner i den eldste aldersgruppen. De største årsakene til stomi var tarmkreft, men skyldes Chrons sykdom, infeksjøs divertikulitter eller andre skader.</p> <p>Datainnsamling: Dominante, positivistiske metoder for datainnsamling ble brukt for å nå et bredt utvalg på kort tid. Et spørreskjema, utviklet av Notter et al (2003), angående selvtillit ble administrert som en etterundersøkelse. Metoden er deduktiv og basert på tradisjonell vitenskapelig forskningsmetoder, med regler og prosedyrer for innsamling.</p> <p>Studien består hovedsakelig av lukkede spørsmål og noen få åpne spørsmål som kunne avklares med det essensielle i studien. Et bredt spekter av problemer ble inkludert fra biografisk data, gjennom fysiologiske problemer til sosiale, psykiske og følelsesmessige aspekter av livet.</p> <p>Analyse: Beskrivende dataanalyse var basert på prosentandel og krystabuleringer (Bryman, 2008).</p> <p>Etisk vurdert: Deltagerne besto av personer fra en database som på forhånd hadde godtatt å bli publisert i databasen. Identiteter ble ivaretatt der ingen personlige opplysninger kunne gjenkjennes av andre. Full informasjon om universitetet som utførte studien ble sendt til deltagerne sammen med en kontaktperson de kunne kontakte om de hadde spørsmål. Studien var frivillig.</p>	<p>Samler sett var funnene svært positive, med flest tilbakemeldinger om at de klarte seg godt. 22% av mennene og 23 % av kvinnene rapporterte om komplikasjoner med stomien, som igjen påvirket gjennvinningsprosessen.</p> <p>Over 50% av respondentene hadde ikke langsiktig oppfølging og 8% mente de ikke lenger trengte det.</p> <p>For Kvinner var hovedstomiproblemet frykten for lekkasje som påvirket selvsikkerhet og kroppsbilde, for menn var det frykten for operasjoner. 50% av deltagerne hadde problemer med lekkasje, men ingen hadde rapportert dette til stomisykepleier. Både menn og kvinner hadde vansker for å tilpasse seg i offentlig sammenheng.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den viser til stomikomplikasjoner sin innvirkning på livskvalitet. Den viser også til sammenheng mellom levetid med stomien, opplevelsen av mestring og kjønns- og aldersforskjeller.</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat	Relevans
<p>Leyk, M. m.fl.</p> <p>The Influence of Social Support From the Family on Health Related-Quality of Life in Persons with a Colostomy</p> <p><i>Journal of WOCN : wound, ostomy, and continence nursing,</i></p> <p>2014;41(6), s.581-588.</p>	<p>Å evaluere påvirkningen av sosialstøtte sin effekt på helse relatert livskvalitet hos personer med stomi.</p>	<p>Helserelatert livskvalitet, tid siden operasjon, psykisk påvirkning, fysisk påvirkning, sosial påvirkning, veiledning, individuelle behov</p>	<p>Utvalg: Dette er en beskrivende cross-sectional studie. 128 pasienter med kolostomi, med en gj.snittalder på 66.24 år, fra åtte ulike byer i Polen var med i studien. 45% hadde hatt stomi i over 5 år, 16% i mindre enn 1 år.</p> <p>Datainnsamling: En spørreundersøkelse med 76 spørsmål fordelt i tre deler. Første del om geografisk innhold, og andre og tredje del om ulike grader av helse relatert-livskvalitetsinnhold og sosial støtte. Inklusjonskriterier var brukere med stomi, alder over 18 år, kolostomiopererte og var villig til å delta i studien. En trent intervjuer hadde møter hver måned med kolostomistøttegrupper gjennom sykehusbesøk. Gruppene ble fordelt i tre, der gruppe 1 hadde hatt stomi innen 1 år, gruppe 2 med stomi mellom 1-5 år og gruppe 3 i over 5 år.</p> <p>Analyse: Datasamlinger ble analysert av Microsoft Excel spreadsheet software og statistiske analyser ble fullført gjennom STATISTICA software program, version 8.0. Spearman rank correlation coefficient ble brukt for å vurdere retning, styrke og signifikans av assosiasjonene. The Wilcoxon test ble brukt til å stadfeste forskjellene av to ikke-parametriske variabler. Kruskal-Wallis testen ble brukt for sammenligning av gruppevariasjonene.</p> <p>Etisk vurdert: Studieprotokollen er godkjent av Local Bioethical Committee of the Medical University of Gdansk.</p>	<p>72 % bodde med familien, 78% bodde i storbyen, 79% jobbet ikke utenfor hjemmet sitt, 39% hadde tatt videreutdanning. 15 % bestod av gr.1, 39 % bestod av gr.2 og 45% bestod av gr.3. Tiden fra operasjon til spørreundersøkelsen varierte fra uker til 28 år. Den viktigste ressursen for syke og lidende var støtte fra familie.. De som isolerte seg fra den sosiale omverdenen var de som hadde levd kortest med stomien. Studiens mest interessante funn, som ikke var likt med tidligere studier, viste at tiden med stomien <i>ikke</i> nødvendigvis gjør det lettere å mestre stomiproblemene. Studien viste at sosial støtte fra tidlig start kan danne gode relasjoner over tid. Den gode relasjonen kan påvirke akseptasjonen av stomien, som igjen kan gjøre det lettere å mestre stomiutfordringene.</p>	<p>Studien er relevant da den viser til sosial støtte sin påvirkning for brukerens med stomi sin opplevelse av livskvalitet.</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/	Relevans:
<p>Smith, J.A. m.fl</p> <p>The Psychological Challenges of Living With an Ileostomy: An Interpretative Phenomenological Analysis.</p> <p><i>Health Psychology,</i></p> <p>2017; 36(2), 143-151</p>	<p>Denne studien rapporterer en grundig ideografisk analyse av brukers egne erfaringer av å leve med ileostomi.</p>	<p>Ileostomi, årsak, psykiske utfordringer, sosiale utfordringer, intrapersonlige erfaringer, interpersonlige erfaringer, fysiske utfordringer, avsløre stomistatus</p>	<p>Utvalg: 21 deltagere tok del i den kvalitative studien.</p> <p>Datainnsamling: Dette semistrukturerte intervjuet omhandlet brukers liv og forhold, ved hjelp av IPA (en kvalitativ metode innen psykologi. IPA tilbyr en detaljert, nyansert analyse av personlige opplevelser av fenomen, der både deltageren og forskeren blir anerkjent med opplevelsen.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble transkribert og analysert gjennom erfaringsmessige, kvalitative metodologiske, fortolkende, fenomenologiske analyser.</p> <p>Etisk vurdert: Studien er etisk godkjent av de aktuelle universitetene; University of London og University of Hull, University of .</p>	<p>To overordnede temaer oppsto fra datainnsamlingen; Ileostomiers indrepersonlige påvirkning av følelser og tanker, og ileostomiers påvirkning av sosiale relasjoner. Stomien gav endret selvtillit og forstyrret kroppsbildet. Noen deltagere var i stand til å se det positive med den kroniske lidelsen. Offentlig åpenhet om stomien var vanskelig for noen. Intimitet og vennlige forhold var vanskelig, men familieforhold var mest karakterisert som støttende. Ileostomi kan påvirke både indre aspekter, men også aspekter mellom individer, i både positive og negative retninger. Svekket selvtillit kan påvirke relasjoner til familie, venner og partnere, men studien viste at støttende familie ble funnet å være kilden til komfort.</p>	<p>Studien viser en grundig analyse av brukeren med stomi sine egne erfaringer av opplevelsen med en ileostomi. Dette er relevant for oppgavebesvarelsen min da jeg har et pasientfokus. Kvalitativ forskning er godt egnet for å få fram pasientopplevelsen i et emne.</p>

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat	Relevans
<p>Krouse R.S. m.fl. Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas <i>Journal of Psychosomatic Research</i> 2009;66(3), s. 227-233</p>	<p>Studiens hensikt var å forstå brukere med stomi sine største utfordringer ved stomien</p>	<p>Stomi-utfordringer, mestrin, akseptasjon, mestringsstrategi, livskvalitet, medisinsk pleie, seksualitet</p>	<p>Utvalg: Dette er en kvalitativ studie. Deltagerne var kvinner og menn som ble behandlet på «Veterans Affairs Medicalcenter» i Tucson, Indiana Polis eller LA, og det var minimum to måneder siden stomioperasjonen ble utført. 239 av 467 deltagere fullførte studien. 5,5% var kvinner. Datainnsamling: Emneinnholdet i undersøkelsen ble identifisert ved hjelp av dataopplysninger som ble journalført på klinikken. Deltakerne fullførte mCOH-QOL-Ostomy, med åpne spørsmål, der målet var at deltagerne skulle tolke spørsmålene på egne måter og svare med egne ord. Analyse: Resultatet ble transkribert og aidentifisert og videre delt inn i domener av COH-QOL-modellen; fysisk, psykisk, sosialt og spirituelt. Videre ble svarresultatene delt inn i ulike temaer og sammenlignet opp mot hverandre. Ved hjelp av tematisk analyse ble passende temaer til emneinnholdet grundig diskutert og deretter bestemt av forskerne. Etisk vurdert: Studien er etisk vurdert av Veterans Affairs Health Services Research</p>	<p>Av 328 ulike temaer til stomien omhandlet de største utfordrende temaene mestrin/aksept, komorbiditet (flere lidelser på en gang), begrensinger til reiser, seksualitet, flauhet og daglig pleie. To nye domener ble utarbeidet gjennom studien; spesifiserte stomiproblemer og problemer med medisinsk pleie. Det sosiale og det psykiske domenet ble mest påvirket av stomien. Studien viste at for å mestre stomien var man avhengig og av å godta tilværelsen <i>med</i> stomien. Menn brukte problemfokuserte strategier for å mestre den nye tilværelsen, mens kvinner brukte emosjonelle strategier for</p>	<p>Studien er relevant da den går i dybden av de største utfordringene en bruker med stomi opplever. Videre viser studien hvilke faktorer som er avgjørende for å mestre stomirelaterte utfordringer.</p>

				å mestre den nye tilværelsen.	
--	--	--	--	-------------------------------	--

