

Pia Elefteria Papas  
Kristoffer Vatnehol

## Stomi og mestring

Antall ord: 8121

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Rigmor Hammer

Mai 2020



# Sammendrag

**Bakgrunn:** I Norge er et rundt 14000 som lever med stomi, og det antas at 2000 blir stomioperert i året. Det kan det oppleves skremmende og ukjent å få stomi, og den kan påvirke pasientens selvbilde.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å undersøke ulike faktorer som påvirket mestringen hos mennesker som lever tarmstomi, og belyse konsekvenser for sykepleier for å fremme mestring hos denne pasientgruppen.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie som inkluderer åtte forskningsartikler.

**Resultat:** Funnene viser at manglende kunnskap, dårlig relasjon og oppfølging av helsevesen påvirket pasientens mestring. Mange opplevde å få et urealistisk bilde av livet med stomi. Det var viktig for deltakerne å ha et bredt utvalg av stomiprodukter, samt å kunne håndtere dette selvstendig. Avhengighet av hjelp hadde sammenheng med redusert autonomi og mestringsfølelse. Denne pasientgruppen opplever å bli begrenset i dagliglivet av stomien, og bekymret seg i stor grad for uønsket lyd og lukt fra stomien.

**Konklusjon:** Realistisk og tilpasset opplæring og informasjon om stomien og stomiprodukt var viktig for pasientenes mestring. Oppfølgingen fra helsepersonell hadde betydning for deres mestring, samtidig som forlenget avhengighet kunne svekke mestringsfølelsen. Sosial støtte fra pårørende og pasientforeninger i behandlingsforløp viste seg positivt på pasientenes mestring. Valg av mestringsstrategi la forutsetninger for mestring. Om en problem- eller emosjonelt var hensiktsmessig var avhengig av pasientens situasjon, individuelle forskjeller og tid siden operasjon.

# Abstract

**Background:** In Norway, there are about 14000 individuals living with stoma, with approximately 2000 procedures undergone each year. Enterostomy surgery is for many daunting and can affect the patient's self-esteem.

**Aim:** The study aims to identify the factors affecting the ability to cope among individuals living with permanent enterostomy and highlighting the role of nurses.

**Method:** A systematic study of literature containing eight research studies.

**Result:** Lack of knowledge, poor relations and correspondence with healthcare providers influence the patient's coping. Many experienced an unrealistic image of life post-enterostomy. Availability of a wide range of stoma care products and independence was crucial for many. Dependence of help correlated with reduced autonomy and sense of achievement. This patient-group experienced being limited, with unwanted sound and smell being common hinderances.

**Conclusion:** Realistic and tailored education, information about stoma, and quality stoma care products were found to be most impactful. Follow-up from healthcare providers had a positive impact, however dependence affected patients negatively. Support from relatives and patient organizations during and after treatment was positive. Emotion-focused and problem-focused coping were found to both have an effect. However, the patient's situation, individual differences, and time passed since the procedure affected their effectiveness.

# Forord

Vi ønsker å takke vår veileder, Rigmor Hammer, for godt samarbeid og god veiledning i forbindelse med vår bacheloroppgave.



# Innhold

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Innledning .....   | 1  |
| 1.1   | Bakgrunn for valg av tema .....                                    | 1  |
| 1.2   | Presentasjon av problemstilling .....                              | 1  |
| 1.3   | Avgrensing og presisering .....                                    | 1  |
| 1.4   | Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen .....          | 2  |
| 2     | Teoribakgrunn .....  | 3  |
| 2.1   | Hva er en stomi?.....  | 3  |
| 2.2   | Mestring .....   | 3  |
| 2.3   | Informasjon, kommunikasjon og veiledning .....                     | 4  |
| 2.4   | Autonomi, empowerment og egenomsorg.....                           | 5  |
| 3     | Metode.....  | 6  |
| 3.1   | Datasamling .....  | 6  |
| 3.1.1 | Søkehistorikk .....  | 6  |
| 3.1.2 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....                          | 6  |
| 3.1.3 | Kvalitetsvurdering.....  | 7  |
| 3.1.4 | Etisk vurdering .....  | 7  |
| 3.2   | Analyse .....  | 7  |
| 4     | Resultat.....  | 9  |
| 4.1   | Relasjoner og oppfølging av helsepersonell .....                   | 9  |
| 4.2   | Tilpasning og normalisering .....                                  | 10 |
| 4.3   | Å føle seg begrenset av sin stomi .....                            | 11 |
| 5     | Diskusjon .....  | 13 |
| 5.1   | Metodediskusjon .....  | 13 |
| 5.2   | Resultatdiskusjon.....   | 14 |
| 5.2.1 | Manglende kunnskap og forståelse påvirket pasientens mestring..... | 14 |
| 5.2.2 | Støtten pasienten mottar påvirker mestring.....                    | 16 |
| 5.2.3 | Tilpasning til stomien og valg av mestringsstrategier .....        | 17 |
| 6     | Konklusjon.....  | 19 |
|       | Referanser .....   | 20 |
|       | Vedlegg .....  | 23 |

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Litteraturmatrise 1-8

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2016 var om lag 14000 mennesker med stomi Norge. Det antas at rundt 2000 får stomi hvert år, hvorav halvparten er permanente stomier. (Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft [Norilco], u.å). Det kan være flere årsaker til at en får utlagt stomi, og årsaken vil ha konsekvens for hvordan pasienten opplever mestring. For mange vil det kunne oppleves som fremmed og skremmende å få stomi. Noen kan oppleve det som en krise, mens for andre kan det være en lettelse (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2017, s. 519).

I denne bacheloroppgaven skal vi se nærmere på ulike faktorer som påvirker pasientens mestring av sin tarm-stomi. Gjennom egne erfaringer fra praksis på gastrokirurgisk avdeling har vi fått et innblikk i hvordan en stomi kan påvirke den enkeltes liv. Dette vil være en subjektiv opplevelse, fra pasient til pasient. Viktigheten av god undervisning og veiledning, informasjon og god omsorg til i den første perioden med ny stomi, er noe vi har oppfattet som særs viktig. Vi har fått inntrykk av at det ofte blir lagt for mye fokus på selve stomien, og at pasientens helhetlige behov fort kan bli glemt i en travel hverdag på en sengepost.

Oppgaven tar utgangspunkt i et pasientperspektiv. Vi ønsker å bruke relevant fagstoff og nyere forskning til å undersøke hvordan pasienter opplever at stomien påvirker deres mestring av hverdagen, samt hvordan de mener at sykepleiere kan bidra til å bedre dette.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

*«Hvilke faktorer påvirker pasientens mestring av sin stomi?»*

## 1.3 Avgrensning og presisering

Vi har valgt å sette noen begrensninger for oppgaven. Vi forholder oss til individer over 18 år med permanente tarmstomier, og utelukker dermed andre former for stomi. Vi har valgt å ikke sette noen avgrensning i forhold til den underliggende sykdommen som førte til utlegging av stomi, og skal dermed diskutere mestring av tarmstomi uavhengig av årsak. Vi har ikke filtrert søkene når det kommer til psykiske lidelser eller medfødte kognitive utfordringer, men vi ønsker å presisere at pasienter med slike utfordringer ikke har vært inkludert i noen av forskningsartiklene vi har benyttet oss av i denne oppgaven.



## 1.4 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

*Stomi:* Ordet kommer fra gresk og betyr åpning eller munn. I medisinsk sammenheng brukes ordet om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen (Nilsen et al., 2017, s. 519).

*Mestring:* Mestring blir definert som «konstante og skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende eller som overstiger personens ressurser». (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141).

## 2 Teoribakgrunn

### 2.1 Hva er en stomi?

En tarmstomi betyr at tarmen, enten tynn- eller tykktarmen, trekkes gjennom en åpning på magen, vrenses og sys fast i huden. Det er altså innsiden av tarmen vi ser på en stomi. Denne skal være frisk og rød, og kan blø lett. Tarmen har ingen smertereseptorer eller viljestyrt muskulatur. Derfor vil ikke en stomioperert ha kontroll over tømming av avføring og tarmgass (Nilsen et al., 2017, s. 520).

Når tynntarmen fremlegges kalles det for en ileostomi. I slike tilfeller vil vanligvis tykktarmen være fjernet. Årsaken til anleggelse av en permanent ileostomi er som oftes ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom. Ved en slik stomi vil næringsopptaket være normalt, men væske- og elektrolyttopptaket blir redusert, da dette i hovedsak skjer i tykktarmen. Konsistensen på tarminnholdet vil være tyntflytende eller grøtete, og inneholder tarmenzymer som er svær hudirriterende. Tarmen vil mer eller mindre tømmes kontinuerlig og mengden vil øke i forbindelse med matinntak. Det kommer vanligvis mellom 600 og 800 ml avføring per døgn fra en ileostomi. Denne delen av tarmen produserer ikke like mye luft og innholdet vil ikke lukte som vanlig avføring, men ha en spesiell og emmen lukt (Nilsen et al., 2017, s. 520).

Kolostomier kan være plassert flere steder på magen, men det vanligste er å finne den på venstre side av magen. Det er som ofte kreft eller divertikulitt som er årsak til at det må lages en kolostomi. En slik stomi vil ha liten innvirkning på pasientens næringsbalanse, da næringsstoffene suges opp i tynntarmen, og det som er igjen av tykktarmen rekker å ta opp væske og salter. Dette gjør at avføringen som kommer på kolostomier vil være fast, og det vil ikke være like stor fare for lekkasje som ved en ileostomi. Innholdet vil ha vanlig avføringslukt og flatulens vil være som normalt. Vanligvis kommer det mellom to og fire tømminger i døgnet (Nilsen et al., 2017, s. 522).

### 2.2 Mestring

Mestring handler om hvordan individer møter og håndterer belastende livssituasjoner. Mestring av stress er individuelt og avhenger av situasjonen. Likevel vil noen faktorer for mestring være felles for de fleste. Utvikling av mestring er kun mulig dersom en opplever å kontrollere noe. Dette kan være utfordrende når pasienter er innlagt på sykehus, eller har et stort behov for helsehjelp (Harris & Ursin, 2018, s.231 og 238).

Mestringsstrategier er fremgangsmåten en person bruker for å håndtere utfordringen vedkommende står overfor. Vi kan skille mellom problemfokuset og emosjonelt fokusert mestring, hvor begge formene kan ha både positiv og negativ innflytelse på hverandre (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179).

Emosjonelt fokuserte mestringsstrategier er kognitive prosesser rettet mot å lette på det følelsesmessige stresset en situasjon kan skape, fremfor å endre situasjonen. Strategier som unngåelse, bagatellisering eller bortforklaring er hyppig brukte emosjonelt fokuserte mestringsstrategier (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Forsvarsmekanismer som fornektning, fortrenghing og isolering av følelser inngår også i dette begrepet. Disse strategiene endrer ikke de forholdene som ligger til grunn for de ubehagelige følelsene og vil derfor i de fleste situasjoner ikke være hensiktsmessige på sikt (Kristoffersen, 2016, s. 251).

Problemfokuserte mestringsstrategier omfatter aktive og direkte strategier for å løse en vanskelig situasjon eller et problem. Her forholder personen seg aktivt til situasjonen, for eksempel gjennom å søke informasjon fra ulike kilder før handlingsalternativ bestemmes (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152). Evnen til problemfokusert mestring øker gjennom erfaringer og gir en bedre evne til å bevare selvkontroll i stressende situasjoner. Disse strategiene velges som oftest når personen opplever å ha gode nok sjanser til mestre situasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 249-252).

Valg av mestringsstrategi er knyttet til menneskets personlighet og den subjektive opplevelsen av mulighet til å mestre situasjonen. Uavhengig av negativt eller positivt resultat representerer dette valget individets forsøk på å håndtere situasjonen etter beste evne (Kristoffersen, 2016, s. 250). Ineffektiv mestring av emosjonelt ubehag, eller et problem, kan forverre situasjonen, øke pasientens opplevelse av stress og redusere sannsynligheten for at pasienten velger en hensiktsmessig mestringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984, s. 215-216). Hvorvidt en strategi er hensiktsmessig heller ikke, vil avhenge av situasjonen. Generelt sett kan emosjonelt baserte mestringsstrategier være effektive i starten av en krise eller et alvorlig sykdomsforløp, mens senere vil en aktiv tilpasning til situasjonen ved bruk av problemfokuserte mestringsstrategier oftest være mer hensiktsmessig (Kristoffersen, 2016, s. 252).

## 2.3 Informasjon, kommunikasjon og veiledning

Pasienten har rett på å få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og helsehjelp som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasientens forutsetning til å ta imot og forstå informasjon er begrenset i en krevende situasjon. Hvilke forutsetninger pasienten har for å forstå informasjon, vil avhenge av en rekke faktorer. For eksempel vil alder, sykdom, tidligere erfaringer og kunnskap være avgjørende for pasientens evne til å forstå informasjon. Derfor er det viktig at informasjonen er individuelt tilpasset den enkelte pasient. Informasjonen som blir gitt må også være realistisk, da dette er nødvendig for at pasienten skal kunne forberede seg og mestre situasjonen videre (Kristoffersen, 2016, s. 266; Nilsen et al., 2017, s. 526). Sykepleieren har ansvar for å "fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått" (yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 2.5). Hopen (2011, s. 288) understreker at informasjon som er gitt, ikke nødvendigvis er forstått. Ettersom at muntlig informasjon kan glemmes, bør all informasjon også gis skriftlig i tillegg (Nilsen et al., 2016, s. 526).

Kommunikasjon betyr å utveksle meningsfylte tegn mellom parter. Profesjonell og hjelpende kommunikasjon forutsetter at sykepleieren behersker en rekke ferdigheter, blant annet å anerkjenne den andre, bruke aktiv lytting og være åpen og direkte. Denne formen for kommunikasjon baserer seg på at den er faglig velbegrunnet og til hjelp for

pasienten. Respekt for enkeltmenneskets verdighet og menneskerettigheter skal stå sentralt i den profesjonelle kommunikasjonen. Relasjon betyr forhold, eller kontakt, mellom mennesker (Eide & Eide, 2016, s. 17-20). All kontakt sykepleieren har med pasienten med er med på å bygge et menneske-til-menneske-forhold, som er grunnlaget for å kunne utøve sykepleie. Mellommenneskelige relasjoner vil påvirke individets holdning til egen lidelse, og kan hjelpe vedkommende til å mestre sykdommen bedre (Travelbee, 1999, s. 171).

Det er en vesentlig forskjell mellom undervisning og læring, og undervisning er ingen garanti for læring. Det er viktig at sykepleier er bevisst på at pasienten er hovedpersonen i undervisningen, og ikke gir svarene med en gang. Dermed tilrettelegger sykepleier for aktiv læring hvor pasienten selv kan prøve seg frem. Likevel er det viktig at sykepleier er tilgjengelig dersom pasienten møter utfordringer eller har spørsmål (Hope, 2011, s. 292-294).

## 2.4 Autonomi, empowerment og egenomsorg

Tranøy (1994) beskriver autonomi som selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett (gjengitt i Hummelvoll, 2014, s. 85). Sykepleier er ansvarlig for å støtte pasientens medbestemmelsesrett (Skaug, 2016, s. 47). Empowerment innebærer at sykepleieren lar pasienten beholde så mye makt og kontroll som mulig, og dermed inkluderer pasienten i avgjørelser som tas. Autonomiprinsippet inngår derfor i begrepet empowerment (Eide & Eide, 2016, s. 19). Fokus på en aktiv pasientrolle, hvor brukermedvirkning og empowerment vektlegges, skal ligge til grunn i dagens helsevesen (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Brukermedvirkning, forutsigbarhet og sosial støtte er sentrale begreper som vil påvirke individets opplevelse av kontroll. Det er avgjørende for pasientens mestring at han opplever medbestemmelse (Harris & Ursin, 2018, s. 231-232).

Egenomsorg kan sees som handlingene et menneske gjør for å bevare liv og helse, og vil være individuell i forhold til deres livssituasjon. Urealistiske mål, mangel på kunnskap, støtte eller motivasjon kan ha negativ påvirkning på pasientens egenomsorg (Hummelvoll, 2016 s. 45). Å bidra til egenomsorg er en viktig del av omsorg. For sykepleier innebærer dette å hjelpe pasienten til å ivareta egne behov, øke evnen til tilpasning og bedre helse og livskvalitet (Meleis 1991 gjengitt av Eide og Eide, 2016, s. 33). Støtten fra sykepleier bør fremme funksjonsnivå, vedlikeholde vekst og bidra til utvikling, slik at pasienten hjelpes til å yte bedre egenomsorg (gjengitt etter Orem, Hummelvoll, 2016 s. 45).

## 3 Metode

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for datasamlingen og analysen av de inkluderte forskningsartiklene, samt presentere hovedtemaene vi skal bruke til å besvare oppgavens problemstilling.

### 3.1 Datasamling

For å finne svar på vår problemstilling har vi gjennomført et systematisk litteratursøk. En systematisk litteraturstudie er definert som en studie som tar utgangspunkt i et tydelig definert spørsmål som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2017, s. 27). Datasamlingen starten høsten 2019 og fortsatte i 2020. Oppgaven baserer seg på åtte fagfelleverderte forskningsartikler, hvorav seks er kvalitative og to kvantitative studier.

#### 3.1.1 Søkehistorikk

Databasene CINAHL, PubMed, British Nursing Index og PsykInfo ble brukt til søk av forskningsartikler. Vi brukte søkeordene: "Patient", "patient experience", "coping", "coping strategies", "empowerment", "ileostomy", "colostomy", "stoma" og "ostomy". Vi valgte å ikke benytte oss av søkeordet «permanent stoma», da vi ikke fikk noen treff når vi kombinerte dette. Noen av databasene har automatiske forslag til søkeord som vil gi et bredere søk i den aktuelle databasen. Dette har gjort at vi har noe ulike søkeord i de forskjellige databasene.

Vi brukte den boolske operatøren «AND» for å sørge for at treffene inneholdt alle valgte søkeord og dermed gi et smalere og mer presist resultat. I tillegg ble operatøren «OR» brukt for å sette sammen synonyme begreper for å få flest mulig relevante treff (Forsberg & Wengström, 2017, s. 69). Søkehistorikken vedlagt (Vedlegg 1) viser fullstendig oversikt over hvilke søkeord og kombinasjoner vi benyttet oss av, samt hvor mange resultat vi fikk. Vi valgte også å gjøre ett håndsøk, da vi fant en relevant studie i en tidligere bacheloroppgave, men ikke fikk den opp på noen av søkene. Dette gjorde vi ved å søke på tittelen i Google, og finne frem via tidsskriftet artikkelen var publisert i.

#### 3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi avgrensede søkene til engelsk- og skandinaviskspråklige, og fagfelleverderte artikler utgitt etter 2010. Dette sikret at treffene var av god kvalitet og bygd på nyere forskning. I databaser hvor geografiske avgrensninger var mulig, ble søkene avgrenset til Europa, Australia, New Zealand, UK, Irland, USA og Canada. På søk hvor vi fikk mange resultater, valgte vi i tillegg å ekskludere områder som Thailand, China, Taiwan, Mexico ol. Dette gjorde vi for at artiklene vi fikk opp skulle være basert på forskning i land hvor helsevesen, og sosiale normer, kan sammenlignes med Norge. Artiklene vi har inkludert i oppgaven, har også en klar og tydelig IMRAD-struktur. Flertallet av studiene vi har

inkludert i oppgaven er kvalitative forskningsartikler, da vi mener dette gir best grunnlag for å svare på vår problemstilling med et pasientperspektiv.

### 3.1.3 Kvalitetsvurdering

Vi har kvalitetssikret artiklene ved hjelp av sjekklister på helsebiblioteket.no og fra boken til Forsberg og Wengstrøm (2017). Disse vurderer blant annet artiklenes problemstilling, om metoden er hensiktsmessig, hvordan analysen ble gjennomført og om tolkningen er tydelig og forståelig. Vi gikk gjennom hver artikkel og vurderte de opp mot sjekklistene. De artiklene vi ikke ønsket å ha med i oppgaven vår, ble valgt vekk fortløpende. Etter vurderingen satt vi igjen med de åtte artiklene vi har valgt å inkludere i oppgaven.

Videre ønsker vi også å nevne at vi har vært bevisst på kildekritikk gjennom hele prosessen. Vi diskuterte tidsskriftenes, forfatternes og resultatenes pålitelighet, og vurderer det faglige stoffet kontinuerlig. Vi undersøkte kredibiliteten til tidsskriftene og søkte opp tidsskriftene i DBH (Database for statistikk om høgre utdanning). Fire av artiklene er publisert i tidsskrifter nivå 1, mens tre er publisert i tidsskrifter på nivå 2.

### 3.1.4 Etisk vurdering

Ettersom at etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning, stilles det krav om etisk godkjenning til alle forskningsprosjekter. Før en forskningsstudie igangsettes, skal det søkes om godkjenning til regional etisk komité (Forsberg & Wengstrøm, 2017, s. 132). Helseforskningsloven (2008) sørger for god og etisk helsefaglig forskning, hvor pasientens personvern og samtykke står sentralt. Alle artiklene vi har plukket ut er godkjent av etisk komité.

## 3.2 Analyse

Vitenskapelig analysearbeid består av å først bryte ned materialet i mindre deler, forså å undersøke de i sammenheng med hverandre (Forsberg og Wengström, 2017, s. 152). For å gi analysen en oversiktlig struktur, har vi valgt å bruke Evans (2002) teori for å analysere artiklene.

#### *Fase 1:*

Ifølge Evans (2002) er første trinn å *samle studier*. Dette innebærer å bestemme seg for hvilke typer studier en ønsker å inkludere, deretter søke etter relevante studier i ulike databaser. Vi har redegjort litteratursøket i punkt 3.1, og vedlegg 1. Slik vil man sørge for at man finner studier som samsvarer og utfyller hverandre. Etter at analyseprosessen ble startet, ble noen artikler byttet ut på bakgrunn av at vi ikke fant de like relevante.

#### *Fase 2:*

I denne fasen *identifiserte vi nøkkelfunn*. Vi gjorde dette ved å lese gjennom artiklene flere ganger, både hver for oss og i fellesskap. Deretter markerte ut det som var relevant for vår oppgave. Nøkkelfunnene i hver artikkel ble notert ned i hvert sitt dokument, før de ble oversatt til norsk. Vi sammenlignet deretter funnene for å sørge for at ingenting ble oversett. Vi opprettet deretter et felles dokument med alle funnene, noe som gjorde at vi fikk en fin oversikt over de sentrale funnene vi ønsket å bruke i vår oppgave. Evans

(2002) hevder at på denne måten vil studiene bli redusert til sine nøkkelfunn, og dermed gjør det enklere når de skal sammenlignes med hverandre.

*Fase 3:*

Fase tre innebærer å *relatere temaer på tvers av studier*. Her skal funnene samles, så skal felles temaer i studiene identifiseres, for så å danne underkategorier (Evans, 2002). Når alle nøkkelfunnene var samlet, så vi gjennom artiklene på nytt og brukte fargekoder for å identifisere de felles funnene i studiene. Deretter sorterte vi de funnene til hovedtema og tilhørende undertemaer.

*Fase 4:*

I den siste fasen skal man *beskrive fenomenene* som er funnet i studiene. Det er viktig at en alltid viser til de aktuelle studiene ved en påstand (Evans, 2002). Etter analyseringen satt vi igjen med disse tre hovedtemaene: "relasjoner og oppfølging av helsepersonell", "tilpassing og normalisering" og "å føle seg begrenset av sin stomi". Disse vil bli grundigere presentert i resultatkapittelet.

## 4 Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere de tre hovedtemaene vi fant i forskningsartiklene.

### 4.1 Relasjoner og oppfølging av helsepersonell

Studiene viser sammenheng mellom manglende kunnskap og dårligere evne til selvpleie og tilpassing til stomien. I tillegg viste dårlig kommunikasjon med helsevesen å ha negativ påvirkning på pasientenes livskvalitet. Det var avgjørende at pasientene hadde fått svar på sine spørsmål for å kunne fungere i dagliglivet (Andersson, Engström & Söderberg, 2010; Riemenschneider, 2015; Thorpe, McArthur & Richardson, 2013; Zhang, Xian, Yang, Zhang & Wang, 2018). Pasientene understreket viktigheten av entydig og kontinuerlig informasjon om stomien, deres underliggende sykdom og hva de kan forvente både pre- og postoperativt (Riemenschneider, 2015; Thorpe et al., 2013). I studien til Thorpe et al. (2013) kommer det frem at flere av deltakerne var usikker på deres evne til å håndtere stomien når de kom hjem igjen. Flere av pasientene forteller at de benyttet seg av internett for å få svar på deres spørsmål og usikkerheter (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Thorpe et al., 2013). Riemenschneider (2015) understreker at pasientene har behov for bekreftelse på at deres usikkerhet, til en viss grad, er en normal del av tilvenningsprosessen.

Noen av pasientene opplevde å få et urealistisk bilde av livet med stomi av helsepersonell. Det var spesielt preoperativ informasjon og opplæring som var viktig for at forventningene var forenlig med realiteten. Dette ble verdsatt av nesten alle deltakerne, også de som ikke mottok det grunnet ø-hjelpsoperasjon (Andersson et al., 2010; Danielsen, Soerensen, Burcharth & Rosenberg, 2013; Riemenschneider, 2015; Thorpe et al., 2013).

Now I see that everyone has problems, and I was no exception. So it could not be right that I was the exception. And I do not understand why they (physicians and nurses) convinced me that I was. But now I know that I am normal (Danielsen et al., 2013)

Tillit til helsepersonellet var en viktig faktor for at pasienten skulle føle seg trygg på å delta aktivt i pleien. Noen av pasientene opplevde å ha lav tillit til helsevesenet fra tidligere erfaringer (Thorpe et al., 2013). Tidspunkt for opplæring var avgjørende for pasientens mestring. Pasientene opplevde å måtte ta stilling til stomien før de følte seg klar for det (Danielsen et al., 2013; Thorpe et al., 2013).

Oppfølging av helsevesen var viktig for pasientene, også etter utskrivelse. I tillegg bidro det å ha en hovedkontakt i helsevesenet til bedre kontinuitet og oppfølging (Andersson et al., 2010; Danielsen et al., 2013; Thorpe, et al., 2013).



## 4.2 Tilpasning og normalisering

Tilpassing til stomien blir beskrevet som en kontinuerlig og dynamisk prosess hvor individene prøver å løse problemer relatert til stomien, lette på negative følelser og få kontroll over den nye livssituasjonen (Riemenschneider, 2015; Zhang et al., 2018).

Det kommer frem i studiene at det er viktig for pasientene å kunne håndtere stomien og stomiutstyret selvstendig. I tillegg ble et bredt utvalg av produkter og hjelpemidler som passet til enhver anledning verdsatt av deltakerne. Usikkerhet rundt stomien påvirker pasientens evne til å tilpasse seg den. Dårlig forståelse og mestringsevne relatert til stomien påvirket pasientens livskvalitet, og viser sammenheng med angst og depresjonssymptomer. Pasientene ble oppfordret av helsepersonell til å ta selvstendige valg og finne ut hva som fungerer best for seg, noe som bedret mestringfølelsen. Etterhvert som pasientene ble mer selvsikker, vokste også forståelsen for egne behov (Bondill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013; Thorpe et al., 2013; Zhang et al., 2018). *"I remove the pouch and have a shower. You have to find the right time, early in the morning for example, I don't have breakfast and have a shower calmly, without any problem whatsoever"* (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014).

Mangelen på kroppslig kontroll i den postoperative fasen relatert til smertehåndtering, sårstell, mobilitet og tilgjengelighet av stomiutstyr førte til reduksjon av «empowerment», livskvalitet og kontroll hos enkelte pasienter i studiene. Deltakerne forteller at de opplevde kontroll når de ble inkludert i avgjørelsene som ble tatt (Thorpe et al., 2013; Zhang et al., 2018). Utskrivelse var spesielt sårbart, da pasientene måtte ta avgjørelser på egenhånd som tidligere hadde blitt tatt av, eller med støtte fra, helsepersonellet. Til tross for dette, ble utskrivelse sett på som en positiv faktor for å gjenvinne autonomi. Likevel kunne mangelen på selvtilit til å håndtere stomien bidra til økt forekomst av angst og forlenget avhengighet av helsevesen (Thorpe et al., 2013).

Pasientens sykdomsopplevelse hadde direkte sammenheng med hvilke mestringsstrategier som ble tatt i bruk. Dårligere helseoppfatning førte til hyppigere bruk av mindre hensiktsmessige mestringsstrategier, som for eksempel å ignorere problemet (Knowles et al., 2014). Mestringsstrategier med fokus på å minimere stomiens påvirkning på dagliglivet kan sees i sammenheng med pasienters oppnåelse av autonomi og forbedret livskvalitet. Pasientene forteller at poseskift kunne bli gjort hvor som helst, men faktorer som renslighet og god plass (handicaptaolett) var ønskelig (Andersson, 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014). En deltaker forteller at hun har fått et eget tilrettelagt bad på arbeidsplassen slik at hun kunne utføre stellet fred og i komfortable omgivelser (Andersson, et al., 2010). Matvaner, hud- og stomipleie og bruk av tekniske hjelpemidler var mestringsstrategier som hadde fokus på problemer relatert til egenomsorg, og bidro til økt autonomi hos deltakerne (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014). Evne til egenomsorg og tilpassing påvirket også pasientens autonomi. En forlenget avhengighet av helsevesenet, grunnet komplikasjoner eller videre utredning, svekket pasientens autonomi (Thorpe et al., 2013).

Tid siden stomioperasjon viste sprikende resultat i studiene. Tiden siden operasjonen viste sammenheng med pasientens evne til å håndtere stomien, forbedret helsestatus og redusert fokus på mestringsstrategier. I tillegg ble lengre tid siden operasjon relatert til redusert negativ sykdomsopplevelse, samt reduserte angst- og depresjonssymptomer

(Knowles et al., 2014). Studien til Riemenchneider (2015) viser tid siden operasjon liten relevans i forhold til tilpasningsevne blant deltakerne.

### 4.3 Å føle seg begrenset av sin stomi

Deltakerne forteller om frykt for lekkasje, noe som førte til at de opplevde skam, tap av kontroll og lavere mestringsfølelse. Dette gjaldt spesielt dersom de hadde opplevd lekkasje i offentlighet. Pasientene uttrykte en følelse av isolasjon dersom lekkasje oppsto. Stomipasientene opplevde skam for å gå på offentlige steder, likevel viste studien at de fleste gikk ut til tross for frykten. Selv om de ikke hadde opplevd en lekkasje tidligere, var frykten for at det skulle skje til stede (Andersson et al., 2010; Nafees et al., 2018). Det kommer frem at lekkasjerelaterte problemer holdt seg relativt stabile over tid. Likevel var det forskjeller mellom bekymringsnivået hos de som hatt stomien kortere og de som har hatt den i lengre tid (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Nafees et al., 2018). Lekkasje viste å ha en negativ innvirkning på pasientenes tilpassingsnivå og trivsel (Nafees et al., 2018; Zhang et al., 2018).

Pasientene fortalte om selvpålagt sosial isolasjon og opplevelse av stigmatisering (Danielsen et al., 2013; Nafees et al., 2018). Studiene viste at det var viktig for alle deltakerne å kunne snakke åpent om stomien. Noen benyttet seg avsløring som en strategi for å unngå situasjoner hvor det hadde blitt vanskelig å skjule den. Stomien ble omtalt som et tabu og en ukjent ting for «*de andre*» (Danielsen et al., 2013).

I studiene kommer det frem at deltakerne i stor grad opplevde begrensninger i dagliglivet grunnet frykt og bekymring rundt stomien. De prøvde å leve så normalt som mulig og gjøre det samme som før operasjonen. Noen av deltakere opplevde at de ikke lenger kunne delta på enkelte aktiviteter. Likevel viste det seg at de fleste ikke lot stomien være et hinder. Deltakerne planla i forkant av aktiviteter og reising, og de fortalte at de alltid tok med ekstra utstyr. Konstant observasjon av posen og en følelse av å måtte kontrollere utseende og kroppslig funksjon kom også frem. Deltakerne var bevisst på hvor nærmeste toalett var og hvor de satt seg i sosiale settinger. Dette gjorde de slik at de lett kunne komme seg til toalettet om en lekkasje skulle oppstå (Andersson et al., 2010; Danielsen et al., 2013; Nafees et al., 2018).

Deltakerne begrenset dietten sin i stor grad for å hindre uønsket luftavgang og lukt fra stomien (Andersson et al., 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014). I studien til Andersson et al. (2010) kommer det også frem at noen av deltakerne kun spiste til spesifikke tidspunkt for å unngå å tømme/skifte posen på jobb. For å unngå dette unnlot enkelte å spise i det hele tatt før de skulle en plass. Deltakerne fortalte at de ikke kunne bruke de samme klærne som før operasjonen på grunn av stomien. Løse klær var foretrukket ettersom at de bedre skjulte stomien (og eventuelt lekkasje), samt for å sørge for at det var plass til en full pose. I tillegg ble løse badedrakter foretrukket foran bikinier (Andersson et al., 2018; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013; Nafees et al., 2018).

Støttegrupper ble fremhevet i studiene, og det kommer frem at et slikt tilbud styrket solidariteten i denne pasientgruppen. I tillegg ble det å lære av andres erfaringer og historier sterkt verdsatt av deltakerne (Andersson et al., 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013; Thorpe et al., 2013). "*Mainly in the beginning, when*

*you feel so insecure [...] So, talking to people who've had this for many years calms you down and gives you many things" (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014).*

Familie og venner var en viktig ressurs for stomipasientene. Funnene i studiene tyder på at de som fikk god støtte av pårørende, hadde mindre behov for støtte og hjelp fra helsevesenet. Noen fortalte også at de opplevde det som en trygghet å ta med en venn på møter med helsevesenet for at informasjonen lettere skulle bli husket (Andersson et al., 2010; Thorpe et al., 2013). I studien til Andersson et al. (2010) forteller pasientene at de ikke tenkte over stomiens tilstedeværelse når de var rundt venner og familie, og at de da ikke bekymret seg over lyd og lukt fra stomien. Det å opprettholde kontakten med mennesker de kjente fra før operasjonen hjalp pasientene å anerkjenne sin tidligere identitet, som de til tider kunne ha problemer med å gjenkjenne etter at de fikk stomien (Danielsen et al., 2013). Vi identifiserer også problemer rundt seksualitet og intimitet. Det å være intim med nye, eller med fast partner, opplevdes som vanskelig for noen av deltakerne. Frykt for lekkasje og smerteproblematikk ble nevnt som bakgrunn for dette (Andersson et al., 2010; Danielsen et al., 2013)

## 5 Diskusjon

Dette kapitelet inneholder først en kort metodediskusjon, og deretter resultatdiskusjon.

### 5.1 Metodediskusjon

Vi har benyttet oss av fire ulike databaser for å finne forskningsartiklene vi har inkludert i denne oppgaven. Cinahl og British Nursing Index er databaser som har spesielt fokus på sykepleierelevant forskning (Forsberg & Wengström, 2017, s. 65; ProQuest, 2020)

. Det at vi har benyttet oss av flere databaser ser vi på som en styrke for oppgaven, da vi har fått gjort et bredt søk og dermed fått vurdert mange relevante artikler. Vi brukte god tid på å formulere og sette sammen ulike søkeord, noe som igjen gjorde at vi fikk gode resultat på søkene. Likevel kunne vi ha gjort et enda mer utvidet søk i flere databaser, noe som gjør at vi kan ha gått glipp av gode artikler.

Flertallet av artiklene vi har valgt ut er basert på kvalitativ forskning. Dette har vi valgt å gjøre fordi vi mener at kvalitativ forskning er best egnet for å kunne svare på vår problemstilling. Dette gir et grundigere og mer beskrivende resultat. Likevel har vi lagt å inkludere to kvantitative studier for å kunne få mer generelle og tallbaserte resultater. I utgangspunktet ønsket vi å ha fokus på norsk eller skandinavisk forskning, men vi fant fort ut av at det ville bli vanskelig. Derfor har vi valgt å inkludere studier fra flere verdensdeler, hvor syv av de er fra vestlige land. Vi har valgt å inkludere en kvantitativ studie fra Kina, da vi så på den som relevant for vår problemstilling. Dette kan sees på som både en svakhet og en styrke i vår oppgave. Vi kan sammenligne og generalisere funnene på tvers av landegrenser. Samtidig kan det være vanskelig å knytte opp mot sykepleiepraksis i Norge, da det kan være store forskjeller i helsevesen og kultur.

Vi har også inkludert en artikkel som kun baserer seg på kvinners erfaringer. Dette gjorde vi fordi hovedfokuset i denne artikkelen var de psykiske aspektene av å leve med stomi. Vi mener at dette også vil være relevant for menn.

Vi har vært grundig i vurderingen av artiklene vi har inkludert. Både struktur, innhold og etiske aspekter av studiene har blitt vurdert og kvalitetssikret. Dette ser vi også på som en positiv faktor, da de inkluderte studiene er av god kvalitet. Alle artikler er publisert etter 2010, noe som gjør at funnene i oppgaven baserer seg på nyere forskning og er relevant i dag. En av de inkluderte studiene (Bondill-de-las-Nieves et al., 2014) er rangert på nivå 0 (Database for statistikk om høgre utdanning, 2020), noe som kan sees på som en svakhet i oppgaven. Vi valgte likevel å inkludere den, ettersom at den er godkjent av etisk komité og er fagfellevurdert. At vi benyttet oss av Evans (2002) for å analysere studiene gir oppgaven vår en tydelig og ryddig struktur, noe vi anser som en styrke ved vår oppgave.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Manglende kunnskap og forståelse påvirket pasientens mestring

Vår studie viser at pasientene har behov for god informasjon og veiledning for å kunne mestre sin stomi og fungere i dagliglivet. Usikkerhet og manglende kunnskap viser tydelig sammenheng med pasientens evne til å tilpasse seg og mestre stomien (Andersson et al., 2010; Riemenschneider, 2015; Thorpe et al., 2013; Zhang et al., 2018). God og grundig pre-operativ informasjon vil kunne bedre den postoperative fasen for pasientene, da angst og usikkerhet dempes (Nilsen et al., 2016, s. 525). Kunnskap og ferdigheter knyttet til den aktuelle situasjonen er avgjørende for hvordan pasienten vurderer muligheten for å kunne mestre den (Lazarus & Folkman gjengitt av Kristoffersen, 2016, s.257).

Det å formidle tilpasset informasjon og veilede pasienten praktisk, er en av sykepleierens viktigste oppgaver (Eide & Eide, 2016, s. 292). Alder, sykdom, tidligere kunnskap og erfaringer er faktorer som vil påvirke pasientens evne til å ta imot informasjon. Sykepleier bør ta hensyn til disse faktorene, og sørge for at informasjonen er individuelt tilpasset den enkeltes forutsetninger (Nilsen et al., 2016, s. 526). Informasjonen bør være så fullstendig og realistisk som mulig. Samtidig bør sykepleieren sørge for at pasienten ikke opplever informasjonen som overveldende, da dette kan svekke mulighetene til å huske og forstå. De færreste pasienter er kjent med medisinske fagbegreper, derfor bør dette unngås i samtale med pasient (Eide & Eide, 2016, s. 293). For å forsikre seg om at budskapet har nådd frem, kan sykepleier spørre om hvordan informasjonen er forstått, fremfor om det er forstått (Hopen, 2011, s. 288). I tillegg bør all muntlig informasjon også gis skriftlig, slik at det blir glemt (Nilsen et al., 2016, s. 526). På grunnlag av dette mener vi at det kan være gunstig om den skriftlige informasjonen deles opp og gis til pasient både pre- og postoperativt. Slik vil sykepleier sørge for at pasienten ikke opplever å bli overveldet av for mye informasjon på en gang.

Studiene viser også at det er viktig for pasientene å bli møtt med ærlig og realistisk informasjon om hvordan livet med stomi faktisk kan bli. God, tilpasset informasjon og opplæring pre-operativt var viktig for at deltakernes forventninger samsvarte med den erfarte realiteten senere (Andersson et al., 2010; Danielsen et al., 2013; Riemenschneider, 2015; Thorpe et al., 2013). Realistisk informasjon vil danne grunnlaget for pasientens forventninger og bidra til at situasjonen skal kunne mestres (Kristoffersen, 2016, s. 266). Dersom situasjonen krever mer enn forventet, kan det utløse sterke følelsesmessige reaksjoner hos pasienten (gjengitt etter Lazarus & Folkman i Eide og Eide, 2016, s. 182). Pasienten kan ha godt utbytte av å få se bilde av en stomi, og det kan være til hjelp å få prøve å gå med en stomipose et par dager før operasjonen. Dette gjør det lettere for pasienten å forestille seg stomien. I tillegg får pasienten komme med innspill i forhold til plasseringen av stomien (Nilsen et al., 2013, s. 526 og 529).

Sykepleier bør også inkludere pårørende i veiledningen og informasjonen som gis. Å vite at hans nærmeste har kunnskap om stomien, kan oppleves som trygt for pasienten. Slik vil pårørende kunne være behjelpelig ved behov for det (Nilsen et al., 2016, s. 526 og 542). Dette kommer også frem i studien, da pasientene så det som en trygghet å ta med en venn, eller et familiemedlem, på møter (Andersson et al., 2018; Thorpe et al., 2013).

Funnene viser at deltakerne benytter seg av internett for å få svar på sine spørsmål (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Thorpe et al., 2013). Her kan man finne informasjon om sykdom og tilstand fra hele verden. Likevel er det viktig å være kritisk til informasjonen som finnes, da ikke alt er kvalitetssikret og til å stole på (Hopen, 2011, s. 301-302). Ulemper ved bruk av internett som informasjonskilde blir også belyst, da det kunne skape usikkerhet og frykt (Bondill-de-las-Nieves et al., 2014). Vi mener at ved å gi god og grundig informasjon om behandling og stomi, samt informere om kildekritikk, kan sykepleier bidra til at pasienten unngår å tilegne seg feil informasjon på internett. Vi mener at det også er viktig at pasienten informeres om mulige komplikasjoner som kan oppstå, slik at vedkommende har kunnskapsgrunnlag til å mestre dette på egenhånd, eller vite når det er nødvendig å ta kontakt med helsevesenet.

Funnene tyder på at tidspunkt for opplæring i stomistell hadde sammenheng med pasientens mestringsevne. Det var viktig at de følte seg klare for å se og lære om stomien. Noen av pasientene hadde vanskelig med å forestille seg stomien før den faktisk var der, og mente de hadde bedre utbytte av postoperativ undervisning (Danielsen et al., 2013; Thorpe et al., 2013). Undervisningen må skje i det «gylne øyeblikk», når pasienten føler seg klar for å lære. Sykepleier bør tilrettelegge for at undervisningen skjer gradvis og unngå at for mye informasjon gis på en gang (Hope, 2011, s. 294). Å mestre aktivitet bidrar på å styrke selvbilde. Balansen mellom det å gi hjelp og å stille krav til egeninnsats fra pasienten kan være vanskelig, og faren for at helsepersonell forventer for lite av pasienten er stor. For at pasienten skal kunne bidra mest mulig i stellet, bør det avtales på forhånd hva pasienten skal gjøre og hva sykepleier skal hjelpe til med (Hope, 2011, s. 286; Nilsen, 2016, s. 541).

Det er pasienten som er hovedpersonen i undervisningen, og bør få prøve seg frem og feile. Slik får han mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, og heller lene seg på «eksperten» dersom et problem dukker opp (Hope, 2011, s. 293). Viktigheten av dette kom også frem i funnene våre, da deltakerne forteller at de ble oppfordret av helsepersonell til å finne ut hva som var best for den seg selv. Dette bidro til å økte pasientens autonomi (Thorpe et al., 2013). Deltakerne viste en positiv opplevelse av kontroll når de ble inkludert i avgjørelser (Thorpe et al., 2013; Zhang et al., 2018). En felles faktor for mestring er opplevelsen av kontroll. Det er viktig for utviklingen av pasientens mestringsfølelse at samarbeidet med helsepersonell er preget av empowerment. Sykepleier bør derfor tilrettelegge for at pasienten får beholde så mye makt og kontroll som mulig (Harris & Ursin, 2018, s. 231-232). Det å kunne håndtere stomiutstyret selvstendig hadde betydning for pasientenes mestring og egenomsorg (Bondill- (Bondill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013; Knowles et al., 2014; Thorpe et al., 2013; Zhang et al., 2018). Evne til egenomsorg viser sammenheng med opplevelsen av autonomi (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Thorpe et al., 2014). Det er en viktig del av sykepleie å bidra til egenomsorg hos pasientene (Eide & Eide, 2016, s. 33). På grunnlag av dette, kan det tenkes at pasientens mestringsfølelse blir påvirket av deres opplevelse av egenomsorg. Derfor mener vi at det er viktig at undervisningen og opplæringen i stomihåndteringen er preget av empowerment, slik at mestring fremmes.

I studien til Thorpe et al. (2013) kommer det fram at pasienten så på sykepleier som ansvarlig for stomien under innleggelsen. Dette kan tyde på at pasienten har en mer passiv rolle. Vi tenker derfor at det er viktig at sykepleier inkluderer pasienten i

stomistellet, slik at pasientens mestringsfølelse og autonomi styrkes. Dette innebærer at sykepleier har gode kunnskaper om undervisning og veiledning av pasienter. Pasienten kan oppleve å ha liten tro på egne evner til å håndtere den nye stomien og alt utstyret som følger med. Oppmuntring og ros fra sykepleier underveis i læringen, vil øke pasientens mestringsfølelse (Nilsen et al., 2016, s. 542).

### 5.2.2 Støtten pasienten mottar påvirker mestring

Det å ha tillit til sykepleier var viktig for pasientene i den sårbare postoperative fasen. Dette bidro til at de følte seg tryggere på å delta aktivt i stomipleien (Thorpe et al., 2013). I tillegg viser studien til Danielsen et al. (2013) at det var betryggende for pasienten å ha en hovedkontakt i helsevesenet, da det skapte mer kontinuitet i oppfølgingen. Sykepleier bør tilrettelegge for å etablere et «menneske-til-menneske-forhold», da mellommenneskeligere relasjoner vil hjelpe pasienten til å bedre mestre sykdom (Travelbee, 1999, s. 171.). På grunnlag av dette mener vi at det er avgjørende at sykepleier etablerer en god relasjon, preget av tillit og trygghet, til pasienten allerede tidlig i sykdomsforløpet. Dette kan imidlertid være vanskelig på en sengepost, da pasienten må forholde seg til mange pleiere i løpet av innleggelsen.

Funnene i studien (Thorpe et al., 2013) viser at pasientene opplevde utskrivelse som et sårbart punkt i recoveryprosessen. De opplevde da å bli stående alene om avgjørelser, uten noen å lene seg på. NORILCO (Norilco, 2015) anbefaler at pasientene følges opp i inntil tre år etter operasjonen. Kortere liggetid på sengepost, gjør det viktig at pasienten får god oppfølging og støtte etter utskrivelse. Poliklinisk oppfølging av stomisykepleier kan være et godt tilbud for denne pasientgruppen. Pasienten bør ha et telefonnummer til oppfølgende helseforetak, slik at pasienten kan ta kontakt ved behov (Nilsen et al., 2016, s. 542-543). Vi mener at det er avgjørende at pasienten føler seg trygg nok på stomien ved utskrivelse, da dette vil gjøre overgangen enklere for pasienten.

Lazarus og Folkman (1984, s. 259) hevder at mennesker som har, eller opplever at de har, støtte fra sitt nettverk viser bedre tilpasnings- og mestringsevne. Det kommer frem i studiene (Andersson et al., 2010; Thorpe et al., 2013) at pasienter som hadde et godt og støttende nettverk, hadde mindre behov for støtte fra helsevesenet. Å oppleve støtte fra sine nærmeste kan være en stor ressurs for pasientene (Nilsen et al., 2016, s. 526). Det kommer også frem i studien til Andersson et al. (2010) at pasientene la betraktelig mindre merke til stomien når de var rundt venner og familie. Derfor kan det være nyttig at sykepleier også inkluderer pårørende i opplæringen av stomien, da det bidrar på å skape åpenhet og trygghet for begge parter (Nilsen et al., 2016, s. 542). Det kommer også frem at pasientene vurderte det som viktig å snakke åpent om stomien til menneskene rundt seg, før de sto i situasjoner hvor det ville blitt vanskelig å skjule den (Danielsen et al., 2013). Åpenhet skaper trygghet, men det er viktig å understreke at det er opp til pasienten hva han ønsker å dele med hvem, og hva som skal holdes privat. Det er også viktig at sykepleier forbereder vedkommende på muligheten for å bli avvist, noe som kan være svært ubehagelig for pasienten (Nilsen et al., 2016, s. 541).

Funnene viser at det var ønskelig å lære av andre med stomi (Andersson et al., 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013; Thorpe et al., 2013). NORILCOs likepersonstjeneste er et tilbud hvor stomiopererte kan få besøk og tilbud om å snakke med frivillige som også har stomi. Denne personen kan dele sine erfaringer og være et godt eksempel på at en med stomi kan leve helt normalt (Norilco, u.å.). Å utveksle tips

og råd som fungerer i hverdagen, kan gjør det lettere å oppnå mestring med utgangspunkt i egne ressurser (Hopen, 2011, s. 300-301). I tillegg ble støttegrupper sterkt verdsatt av pasientene, da det skapte en følelse av solidaritet (Andersson et al., 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013; Thorpe et al., 2013). Sykepleier bør informere om pasientforeningen og tilrettelegge for møte dersom det er ønskelig (Nilsen et al., 2013, s. 526).

### 5.2.3 Tilpasning til stomien og valg av mestringsstrategier

Etter en stomioperasjon vil nye hverdagsutfordringer oppstå. I overgangen fra sykehus til hjemmet vil pasient og pårørende møte realiteten av de nye utfordringene og må finne ut hvordan disse skal mestres (Eide & Eide, 2012, s. 186). Begrensninger i hverdagen etter stomioperasjon ble belyst i studiene, da deltakerne følte de ikke kunne delta på de samme aktivitetene som tidligere. Likevel prøvde deltakerne å leve som før operasjonen, til tross for at de så på stomien som et lite handicap (Andersson et al., 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013).

Studien viser at stomipasientene i stor grad benytter seg av problemfokusede mestringsstrategier. Dette innebærer tilpassing av diett og unngåelse av matvarer som produserer tarmgass (Andersson et al., 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013). Mange opplever de ukontrollerte lydene som det mest plagsomme med stomien. Det er viktig at pasienten får kunnskap om hvilke matvarer som kan være gassproduserende. Sykepleier bør også informere om at ingenting er farlig å spise, og at pasientens egne erfaringer viktigst (Nilsen et al., 2016, s. 540). Vi mener at denne informasjonen er nyttig for pasienten, da det kan bidra til å unngå de ubehagelige følelsene knyttet til uønsket lyd og lukt. Det kommer også frem at pasientene opplevde å ikke lenger kunne bruke de samme klærne som før operasjonen. De foretrakk å bruke løse klær for å skjule stomien, og eventuelt lekkasje (Andersson et al., 2010; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014; Danielsen et al., 2013; Nafees et al., 2018). Dette er også bruk av en problemfokusede mestringsstrategi. En tarmstomi kan ha helt normal funksjon til tross for strammere klær, selv om posisjon av belter kan føre til at noen må gjøre små endringer i klesvalget (Nilsen et al., 2016, s. 541). Å understreke at stramme klær ikke forstyrrer stomiens funksjon, kan være nyttig informasjon for pasienten. Vi mener likevel at det er viktig at sykepleier viser forståelse dersom pasienten ønsker å skjule stomien.

Funnene viser at emosjonelt fokuserte mestringsstrategier også ble brukt. Den konstante frykten for lekkasje førte til redusert opplevelse av kontroll og mestring hos pasientene. I studiene kommer det også fram at pasientene opplever en selvpålagt isolasjon og opplevelse av stigmatisering grunnet stomien og lekkasje (Danielsen et al., 2013; Nafees et al., 2018). Å oppleve sosial støtte hjelper pasienten til å mestre ulike livspåkjenninger, og et sosialt nettverk vil være avgjørende for pasientens livskvalitet (Hummelvoll, 2016, s.603). I den første tiden etter operasjonen, er det viktig at sykepleier er bevisst på egne holdninger og reaksjoner rundt stomien. Det er avgjørende for pasientens selvbilde og mestring å bli møtt med aksept trygghet i denne sårbare perioden. Ved å kommentere på stomiens utseende kan sykepleier bidra til å lette på det tabubelagte stigmaet rundt stomi, og bidra til en normalisering av det (Nilsen et al., 2016, s. 541).

Studiene viser også at pasientene opplever begrensninger når det kommer til seksualitet og intimitet. Det kommer frem at på grunn av smerter, frykt for lekkasje og avvising på grunn av utseende, er det vanskelig for pasienten å være intim med partner. Dette ble



også understreket i forhold til det å være intim med nye (Andersson et al., 2010; Danielsen et al., 2013). Etter en stomioperasjon, er det mye informasjon og mange behov som krever oppmerksomhet. Derfor kan pasientens seksuelle behov havne i bakgrunnen. En stomioperert kan ha et helt normalt sexliv, og dette er viktig at både pasient og partner informeres om. Dette oppleves spesielt vanskelig for en enslig pasient, da det å vise seg naken for nye kan være skjørt (Gamnes, 2016, s. 394; Nilsen, 2017, s. 543). Seksualiteten er noe av det mest private ved et menneske, og det kan oppleves som vanskelig for både sykepleier og pasienten å ta det opp. Likevel er det viktig at sykepleier inviterer til å snakke om dette, da seksualitet innebærer mye mer en kun pasientens sexliv (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 119). Vi tenker at sykepleier kan for eksempel tilrettelegge for at pasienten skal få snakke med sexolog, dersom dette vurderes som aktuelt.

Pasientens opplevelse av sykdom har sammenheng med hvilke mestringsstrategier vedkommende tar i bruk, og hvorvidt de er hensiktsmessig eller ikke (Kristoffersen, 2016, s. 249). Høy sykdomsopplevelse førte til hyppigere bruk av lite hensiktsmessige mestringsstrategier (Knowles et al., 2014). Ineffektiv mestring ved bruk av en mindre hensiktsmessig mestringsstrategi kan føre til at pasienten opplever økt emosjonelt ubehag, og i verste fall kan situasjonen forverres (Lazarus & Folkman, 1984, s. 215-216). Tid siden operasjonen påvirket pasientens sykdomsopplevelse. Kortere tid viste høyere sykdomsopplevelse og redusert mestringsfølelse av stomien. Lengre tid siden operasjon viste sammenheng med redusert sykdomsopplevelse, bedre evne til å mestre stomien, samt redusert fokus på mestringsstrategier (Knowles et al., 2014). Funnene viser at pasientenes evne til å håndtere sin stomi ble bedre over tid. Samtidig ble de mindre avhengig av helsevesen, og dermed opplevde økt mestring (Thorpe et al., 2014; Bonill-de-las-Nieves et al., 2014). Dette var ikke tilfelle hos alle, da en av studiene viste liten sammenheng mellom pasienters tilpasningsevne og tid siden operasjon (Riemenschneider, 2015). Vi tenker derfor at sammenhengen mellom mestring over tid vil være preget av individuelle forskjeller hos pasientene.

Lazarus og Folkman (1984, s. 130) hevder at i tidlige faser av læring vil en aktiv tilpasning kreve mye av pasientens egne ressurser. Over tid vil dette oppleves som mindre krevende, da evnen til problemfokuserert mestring øker gjennom erfaringer. Emosjonelt fokuserte mestringsstrategier vil imidlertid ikke kreve like mye fra pasienten, men ettersom de ikke endrer situasjonen som ligger til grunn, kan dette være mindre hensiktsmessig over tid. Likevel kan det være nyttig for pasienten å bruke disse strategiene tidlig i sykdomsforløpet, da det kan bidra til at vedkommende får bearbeidet problemet over tid. En risiko ved bruk av disse mestringsstrategiene kan være at personen aldri tilpasser seg begrensningene som følger av stomien. Dette kan føre til ineffektiv mestring (Kristoffersen, 2016, s. 250-252). På bakgrunn av dette mener vi at kan være hensiktsmessig for pasientene å benytte seg av emosjonelt fokuserte mestringsstrategier til å begynne med. Etterhvert som pasienten blir tryggere på stomien, vil det være gunstig å ta en mer aktiv stilling gjennom problemfokuserede mestringsstrategier.

## 6 Konklusjon

I denne studien har vi undersøkt hvilke faktorer som påvirker mestringen til pasienter som lever med permanente tarmstomier. Funnene viser at pasienten hadde behov for god, individuelt tilpasset informasjon og opplæring for å kunne selvstendig mestre sin stomi. Det var avgjørende for pasientens mestring at forventningene sto til realiteten, og dette gjaldt spesielt preoperativ informasjon. Kunnskap og informasjon om ulike stomiprodukter var viktig for pasientens mestringsfølelse. Pasientens følelse av autonomi viste sammenheng med mestringsfølelse. Studien viser at god oppfølging etter utskrivelse hadde stor betydning for pasientens mestring. Samtidig opplevde pasientene redusert autonomi og mestringsfølelse ved forlenget avhengighet av helsevesenet.

Støtte fra pårørende, samt pasientens øvrige nettverk, viste seg å være viktig for pasientens tilpasning og mestring av stomi. Det vil være nyttig at også de bli inkludert i undervisningen, da det kan oppleves som trygt å vite at også de nærmeste kan være til hjelp for pasienten. Støttegrupper viste seg å være nyttig for pasientene, da det var ønskelig å lære av likemenns personlige erfaringer. I tillegg skapte dette en følelse av solidaritet blant pasientenegruppen.

Studien viser at pasientene benyttet seg av både problemfokuserte og emosjonelt fokuserte mestringsstrategier for å mestre hverdagen. Begrensning og tilpassing av mat- og klesvalg, samt unngåelse av enkelte aktiviteter ble identifisert i studien. Videre viser studien at hvor tid lang som var gått siden operasjon hadde sammenheng med pasientens subjektive sykdomsopplevelse, valg av mestringsstrategi og evne til å håndtere stomien. Valg av en hensiktsmessig mestringsstrategi var også relevant for pasientens forutsetning for mestring, ettersom valg av en mindre hensiktsmessig strategi potensielt kunne forverre situasjonen og øke opplevelsen av stress hos pasientene.

# Referanser

Andersson, G., Engström, Å., & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practise*, ss. 603-608. <http://doi.org/10.1111/j.1440172X.2010.01887>

Bonill-de-las-Nieves, C., Celdran-manas, M., Hueso-Montoro, C., Morales-Asencio, J. M., Rivas-Marin, C., & Fernandez-Gallego, M. C. (2014). Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Rev Lat Am Enfermagem*, ss. 394-400. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3208.2429>

Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy – impact on everyday life and educational needs. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 40(4):407-412. <http://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e>

Database for statistikk om høyere utdanning. (2020, 03.april). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22-26. Hentet fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Forsberg, C. & Wengström Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Lettland: Natur & Kultur.

Gamnes, S. (2016). *Seksualitet og helse*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende persektiv. I Å. Gammersvik, T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s.221-236). Bergen: Fagbokforlaget.

Helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskning>

Hopen, L. (2011). Læring og mestring ved langvarig sykdom. I U. Kudstad (Red.), Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleieboken 2 (3.utg., s.417-449). Oslo: Akribe AS.

Hummelvoll, J. K. (2014). Helt – ikke stykkevis og delt (7. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ingstad, K. (2014). Sosiologi i sykepleie og helsearbeid (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Knowles, S. R., Tribbick, D., Connell, W. R., Castle, D., Salzberg, M., Kamm, M. A. (2014). Exploration of Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies, and Psychological Morbidity in Stoma patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 41(6): 573-580. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000073>

Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mesring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3*, (3. utg., s. 237-289). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lazarus, R., S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company

Nafees, B., Størling, M, Zenia., Hindsberger, C., Lloyd A, (2018). The ostomy leak impact tool: development and validation of a new patient-reported tool to measure the burden of leakage in ostomy device users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, ss. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1054-0>

Nilsen, C., Indrebø, M., & Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie til pasienter med stomi. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Alma's (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1*, 5. utgave (ss. 519-548). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft (u.å). Informasjon. Hentet fra: <https://www.norilco.no/informasjon>

Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft (u.å). Likepersonstjenesten. Hentet fra: <https://www.norilco.no/tilbud/likepersontjenesten>

Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. (2015). *Utfordringer for stomiopererte i Norge*. Hentet fra <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mmqt217xL5wJ:https://www.norilco.no/Media/Files/utfordringer-for-stomiopererte-i-norge+&cd=2&hl=no&ct=clnk&gl=no>

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient- og brukkerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukkerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

ProQuest. (u.å). British Nursing Index. Hentet 07.mai 2020 fra <https://www.proquest.com/products-services/bni.html>

Riemenschneider, K. (2015). Uncertainty and Adaptation Among Adults Living With Incontinent Ostomies. *Journal of Advanced Nursing*, 42, ss. 361-367.  
<http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000132>

Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, A. (2015). *Sykepleie og rehabilitering 1. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skaug, E.A. (2016) Kroppspleie. I N. J. Kristoffersen, F. N. Skaug, E.-A. Grimsbø, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2*, (3. utg., s. 45-86). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thorpe, G., McArthur, M., Richardson, B. (2013). Healthcare Experiences of Patients Following Fecal Output Soma-forming Surgery: A Qualitative Exploration. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2014), 379-389).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.014>

Zhang, Y., Xian, H., Yang, Y., Zhang, X. & Wang, X. (2018). Relationship between psychosocial adaption and health-related quality of life of patient with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(2019), 2880-2888.  
<http://doi.org/10.1111/jocn.14876>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Søkehistorikk

### Søkehistorikktabell

| Søkeord   | Database              | Inklusjonskriterier  | Treff     | Inkluderte artikler  |
|---|-----------------------|--|-----------|--|
| <b>S1:</b> Patient OR Patient experience OR Stoma patient               | British Nursing Index |  |           |  |
| <b>S2:</b> Coping Or Empowerment OR Coping strategies                   |                       |  |           |  |
| <b>S3:</b> Stoma OR Ostomy OR Ileostomy OR Colostomy AND surgical stoma |                       |  |           |  |
| <b>S4:</b> S1 AND S2 AND S3   |                       | Peer reviewed, 2010-2020, Article, Literature review.<br><br>UK OR US OR Canada OR England OR Australia OR New Zealand OR Norway<br><br>NOT Taiwan NOT China NOT Ethiopia Not Japan NOT Mexico NOT South Korea NOT Southeast Asia NOT Thailand | <b>47</b> | « <i>Exploration of Health Status, illness Perception, Coping Strategies, and Psychological Morbidity in Stoma Patient</i> »<br><br>Og<br><br>« <i>A chance to live: Women ´s experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery</i> » |
|   |                       |  |           |  |
| <b>S1:</b> Patient experience OR Surgical patients OR Patient           | PubMed                |  |           |  |
| <b>S2:</b> Stoma OR Ostomy OR Ileostomy OR Colostomy                    |                       |  |           |  |
| <b>S3:</b> Cope OR Coping OR Empowerment OR Coping strategies           |                       |  |           |  |
| <b>S4:</b> S1 AND S2 AND S3   |                       | Peer reviewed, 2010-2020, Nursing journals, 19+ years  | <b>47</b> | " <i>Relationship between psychosocial adaption and health-related quality of life of</i>  |

|                                       |           |   |           |   |
|---------------------------------------|-----------|---|-----------|---|
|                                       |           |   |           | <i>patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study"</i>   |
| S1: Patient experience OR Patient     | Medline   |   |           |   |
| S2: Coping OR Managing OR Self care   |           |   |           |   |
| S3: Ileostomy OR Colostomy Or Ostomy+ |           |   |           |   |
| S4: S1 AND S2 AND S3                  |           | 2010-2020, 19+ years (all adults), Full text, English | <b>27</b> | «The ostomy leak impact tool: development and validation of a new patient-reported tool to measure the burden of leakage in ostomy device users »<br><br>«Uncertainty and Adaptation Among Adults Living With Incontinent Ostomies» |
| S1: Patient experience OR Patient     | Cinahl    |   |           |   |
| S2: Coping+                           |           |   |           |   |
| S3: Ileostomy OR Colostomy OR Ostomy+ |           |   |           |   |
| S4: S1 AND S2 AND S3                  |           | Peer reviewed, 2010-2020, Free full text, English     | <b>38</b> | «Healthcare experiences of patients following fecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration»  |
| S1: Colostomy                         | PsychInfo |   |           |   |
| S2: Coping behavior OR Empowerment    |           |   |           |   |
| S3: S1 AND S2                         |           | Peer reviewed, 2010-2020                              | <b>2</b>  | «Living with digestive stomas: Strategies to cope with the new bodily reality»  |

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1

| Referanse  | Studiens hensikt  | Keywords   | Metode   | Konklusjon  | Relevans  |
|--|---|--|--|---|---|
| <p>Knowles, S. R., Tribbick, D., Connell, W. R., Castle, D., Salzberg, M., Kamm, M. A. (2014). Exploration of Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies, and Psychological Morbidity in Stoma patients. <i>J Wound Ostomy Continence Nurs.</i>, 41(6): 573-580.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000073">https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000073</a></p> | <p>Common Sense Model for sykdomsoppfatninger ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom sykdomsoppfatninger, stomi-egeneffektivitet og mestringsstrategier for å forklare angst- og depresjonssymptomer ofte sett hos stomipasienter.</p> | <p>Adjustment, Common Sense Model, Coping, Illness perception, Stoma</p> | <p>Kvantitativ metode. 150 voksne med stomi svarte på et spørreskjema på internett.</p> <p>Det ble brukt ulike verktøy for å måle studiens utfall.</p> | <p>Studien viser sammenheng mellom hvordan enkeltpersoner oppfatter sin sykdom og hvilke mestringsstrategier de bruker, påvirker deres psykologiske helse.</p> <p>Studiens funn viser behov for å utforme psykologiske intervensjoner basert på ens egen sykdomsoppfatning, fremfor å utelukkende fokusere på mestringsstrategier hos stomipasienter.</p> | <p>Sykepleie til stomipasienter må tilpasses pasientens individuelle behov ut ifra deres oppfatning av egen sykdom. Ved å gjøre dette, vil en tilrettelegge for at pasienten finner mestringsstrategier som fungerer for den enkelte.</p> |



## Litteratormatrise 2

| Referanse   | Studiens hensikt/mål   | Keywords  | Metode  | Konklusjon  | Relevans  |
|---|--|---|---|---|---|
| <p>Andersson, G., Engström, Å., &amp; Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. <i>International Journal of Nursing Practise</i>, ss. 603-608.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1111/j.1440172X.2010.01887">https://doi.org/10.1111/j.1440172X.2010.01887</a></p> | <p>Målet med studien var å beskrive kvinners opplevelse av å leve med kolostomi etter rektalkreft kirurgi.</p> | <p>Colostomy, experience, nursing care, rectal cancer, thematic content analysis, women</p> | <p>Kvalitativ studie, hvor fem kvinner mellom 60-65 år ble intervjuet.</p> <p>Studien ble utført i Sverige.</p> | <p>Viktigheten av god informasjon i forhold til diagnosen rektal kreft og kolostomien kommer i denne studien fram. For å fungere i dagliglivet er det viktig at spørsmålene til pasienten som får stomi blir besvart og evaluert om et tilbakefall av funksjon risikeres.</p> <p>Kvinnene i studiet var redd for stomi lekkasje og uønsket lyd, men ikke i den grad at det hold igjen pasientene i ulike situasjoner.</p> | <p>Denne studien er relevant, da den vektlegger det som har vært viktig i prosessen hvor pasienten har gjennomgått stomikirurgi. Dette gir oss et bedre innblikk på hva som bør legges vekt på slik at pasienter kan mestre sin stomi på best mulig måte.</p> |

Litteratormatrise 3

| Referanse  | Studiens hensikt/mål  | Keywords  | Metode   | Konklusjon  | Relevans  |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>Nafees, B., Størling, M, Zenia., Hindsberger, C., Lloyd A, (2018). The ostomy leak impact tool: development and validation of a new patient-reported tool to measure the burden of leakage in ostomy device users. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>, 16, ss. 1-12.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1186/s12955-018-1054-0">https://doi.org/10.1186/s12955-018-1054-0</a></p> | <p>Målet med studiet var å få en dypere og bedre forståelse for begrepet lekkasje, og evaluere pasienters erfaringer relatert til dette temaet.</p> | <p>Leakage, Stoma, Quality of life, Measure, Ostomy</p> | <p>Del 1:<br/>Systematisk litteraturvurdering i samarbeid med 6 kliniske spesialister og 41 stomipasienter for å definere begrep for lekkasje og et verktøy for vurdering av lekkasjes subjektive opplevelse.</p> <p>Del 2: Psykometrisk vurdering av verktøyet utarbeidet i del 1 av studiet.</p> | <p>Studien belyser hvordan personer med stomi definerer lekkasje og hvordan dette påvirker individet.</p> | <p>Denne studien er relevant, da det har blitt utarbeidet et verktøy som kan brukes i klinikken og i videre studier. Verktøyet demonstrer påliteligheten for å måle innvirkningen stomilekkasje kan ha for individet.</p> |

## Litteratormatrise 4

| Referanse  | Studiens hensikt/mål  | Keywords  | Metode   | Konklusjon  | Relevans  |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>Thorpe, G., McArthur, M., Richardson, B. (2013). Healthcare Experiences of Patients Following Fecal Output Soma-forming Surgery: A Qualitative Exploration. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 51(2014), 379-389).</p> <p><a href="http://dx.doi.org/10.1016/ijnurstu.2013.06.2014">http://dx.doi.org/10.1016/ijnurstu.2013.06.2014</a></p> | <p>Hensikten med studien var å undersøke pasienters individuelle erfaringer rundt livet med en ny stomi, samt å se på oppfølgingen og samarbeidet med helsevesenet i tiden etter utskrivelse fra sykehus.</p> | <p>Delivery of health care, Patient-centered care, Qualitative research, Surgical stoma</p> | <p>Kvalitativ metode. 12 personer med ulike diagnoser og en ny stomi, samt 10 helsepersonell med ulik bakgrunn ble brukt som informanter i studien. En og en ble intervjuet i 35-90 minutter, og intervjueren benyttet seg av en «emne guide». Studien er gjort i Storbritannia.</p> | <p>Studien fremhever den sterke innflytelsen helsepersonell har i å tilrettelegge for, og veilede, pasientene til å akseptere og tilpasse seg det endrede selvbildet og selvfølelsen etter en stomioperasjon. Det ble indentifisert et behov for kontinuerlig vurdering av arbeidet til helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen.</p> | <p>Studien vektlegger en tydelig sammenheng mellom måten de blir møtt på, og fulgt opp, av helsepersonell og deres erfaring med ny tarmstomi.</p> |

## Litteraturmatrise 5

| Referanse   | Studiens hensikt/mål   | Keywords  | Metode  | Konklusjon   | Relevans   |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>Bonill-de-las-Nieves, C., Celdran-manas, M., Hueso-Montoro, C., Morales-Asencio, J. M., Rivas-Marin, C., &amp; Fernandez-Gallego, M. C. (2014). Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, ss. 394-400.<br/> <a href="http://doi.org/10.1590/0104-1169.3208.2429">http://doi.org/10.1590/0104-1169.3208.2429</a></p> | <p>Målet med studien var å identifisere strategier stomipasienter bruker for håndtere deres nye situasjon.</p> | <p>Adaptation, Psychological, Self Care, Colostomy; Ileostomy, Qualitative Research</p> | <p>Kvalitativ studie hvor 21 stomipasienter deltok. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervju.</p> <p>Studien er gjort i Spania.</p> | <p>Strategiene pasientene vektla for å mestre deres situasjon var relatert til det tekniske aspektet av egenomsorg, samt flatus og lekkasje. Pasientene vektla også tilpassingen av den nye kroppsforandringen, og aktiviteter for selvhjelp.</p> <p>Hos pasienter som kunne ta i bruk disse strategiene, bidro det til normalisering av prosessen og håndtering av stomien, slik at stomien påvirket dagligdagse situasjoner så lite som mulig. Hos pasienter som mestret dette viste de økt følelse av kontroll, selvtillit og redusert redsel for sosial avvisning.</p> | <p>Studien er relevant fordi den viser til hvilke strategier som kan vektlegges for å fremme økt følelse av kontroll, selvtillit og redusert redsel for sosial avvisning hos pasienter med utlagt stomi.</p> |

## Litteratormatrise 6

| Referanse   | Studiens hensikt  | Keywords  | Metode   | Konklusjon  | Relevans   |
|---|---|---|--|---|--|
| <p>Zhang, Y., Xian, H., Yang, Y., Zhang, X. &amp; Wang, X. (2018). Relationship between psychosocial adaption and health-related quality of life of patient with stoma: A descriptive, cross-sectional study. <i>Journal of Clinical Nursing, 28(2019), 2880-2888.</i></p> <p><a href="http://doi.org/10.1111/jocn.14876">http://doi.org/10.1111/jocn.14876</a></p> | <p>Å undersøke forholdet mellom psykososial tilvenning og livskvalitet hos stomipasienter, samt å legge data til grunn for klinisk praksis.</p> | <p>Adaption, quality of life, relationship, stoma</p> | <p>Kvantitativ metode. 1053 pasienter med tarmstomi fra 22 ulike provinser i Kina svarte på et spørreskjema.</p> | <p>Denne studien viser at livskvaliteten til stomipasienter var på middels nivå i forhold til den øvrige befolkningen. Den psykososiale tilvenningen var tett knyttet til livskvaliteten.</p> | <p>Studien understreker sammenhengen mellom pasientens evne til tilvenning til stomien og deres livskvalitet. Vi mener derfor at denne studien er svært relevant for vår problemstilling, da den fremhever sykepleierens rolle i tilvenningsprosessen.</p> |

Litteratormatrise 7

| Referanse  | Studiens hensikt   | Keywords  | Metode  | Konklusjon  | Relevans  |
|--|--|---|---|---|---|
| <p>Riemenschneider, K. (2015). Uncertainty and Adaptation Among Adults Living With Incontinent Ostomies. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 42, ss. 361-367.</p> <p><a href="http://doi.org/10.1097/WON.000000000000132">http://doi.org/10.1097/WON.000000000000132</a></p> | <p>Målet med studiet var å undersøke sammenhengen mellom usikkerhet og tilpassingsevne hos individer med en inkontinent stomi.</p> | <p>Adaptation, Psychological, Adolescent, Adult, Aged, Aged, 80 and over, Fecal Incontinence, Female, Humans, Male, Middle Aged, Ostomy, Uncertainty, Urinary Incontinence, Young Adult</p> | <p>Kvantitativ studie med bruk av spørreskjema. Det var 51 deltakere fra 18-83 år.</p> <p>Studien ble gjort i New York i 2009-2010.</p> | <p>Usikkerhet i sykdomsforløpet påvirker pasienter med inkontinent stomi sin tilpassingsevne og andre relaterte helsefaktorer.</p> <p>Studieresultatene antyder at sykepleier spiller en stor rolle for pasientenes følelse av sikkerhet og tilpassingsevne i tiden etter operasjon for stomi-inkontinens.</p> <p>Personer med en ny stomi krever informasjon om hva de kan forvente før og etter operasjon, diagnose, råd, opplæring og bekreftelse på at det de går gjennom er en normal del av tilpasningsprosessen.</p> | <p>Denne studien er relevant, da usikkerhet ovenfor sykdom kan føre til psykologisk stress. Vi får i denne studien belyst faktorer som påvirker pasienters usikkerhet og tilpassingsevne hos pasienter med en inkontinent stomi</p> |

## Litteraturmatrise 8

| Referanse   | Studiens hensikt   | Keywords   | Metode   | Konklusjon   | Relevans  |
|---|--|--|--|--|---|
| <p>Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy – impact on everyday life and educational needs. <i>J Wound Ostomy Continence Nurs.</i>, 40(4):407-412</p> <p><a href="http://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e">http://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e</a></p> | <p>Utforske innvirkningen en permanent tarmstomi har på pasienters hverdag, samt å få mer innsyn i deres behov for stomiopplæring.</p> | <p>Patient education, Permanent ostomy, Stoma, Qualitative content analysis, Quality of life</p> | <p>Kvalitativ studie. 15 deltakere ble satt i fokusgrupper på 3-5 personer og ble intervjuet i ca. 1.5 time.</p> <p>Bakgrunn for stomien var både kreft- og ikke kreftrelaterte sykdommer. Studien tok sted i Danmark.</p> | <p>Selvpålagt isolasjon var ofte en strategi stomipasientene valgt for å unngå å avsløre sin stomi.</p> <p>Stomipasientene foreslo gruppetimer med stomiopplæring og informasjon etter utskrivelse fra sykehus, gjerne av en som har stomi selv.</p> | <p>Denne artikkelen ser vi på som svært relevant for vår problemstilling, da den tar for seg det å lære seg og leve med en stomi og tilpasse seg den. Den ser nærmere på hva stomipasientene i studien gjør for å oppnå mestring rundt den nye hverdagen.</p> |





