

## Mestring hos den stomiopererte

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos voksne pasienter i det postoperative forløpet etter en stomioperasjon?

Kandidatnummer: 1017

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11sykhel

Antall ord: 10 563

Innleveringsfrist: 13.03.14

# Sammendrag

## **Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos voksne pasienter i det postoperative forløpet etter en stomioperasjon?

## **Metode**

Jeg har valgt litteraturstudium som metode i denne oppgaven. Jeg har benyttet fire forskningsartikler, i tillegg til annen litteratur.

## **Funn**

Funnene viser at stomipasientene kan slite med flere psykososiale konsekvenser etter en stomioperasjon, som igjen kan føre til nedsatt livskvalitet. Pasientene rapporterte misnøye med tilgangen på informasjon, mulighet for medvirkning og mulighet for samtale om seksuelle bekymringer.

## **Drøfting og konklusjon**

Funnene mine viser at psykososiale utfordringer og problemer må vektlegges i omsorgen gitt til stomipasienter. Sykepleier må ha tilstrekkelig kunnskap om stomi, krisereaksjoner og sykepleie til stomipasienter. Kunnskap om problemer og utfordringer som stomipasienten opplever etter en stomioperasjon er også viktig, og kan hjelpe sykepleier til å planlegge omsorgen på en individualisert måte. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er grunnleggende for å fremme mestring, relasjonen i seg selv kan bidra til heling.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	1
1 Innledning.....	3
1.1 Presentasjon av temaet:.....	3
1.2 Bakgrunn for valg av tema: .....	3
1.3 Problemstilling:.....	4
1.4 Avgrensning og presisering: .....	4
1.5 Disposisjon:.....	4
2 Teoridel.....	5
2.1 Stomi: .....	5
2.1.1 Årsaker til stomi: .....	5
2.1.2 Kolostomi:.....	6
2.2 Krise og krisereaksjoner .....	7
2.2.1 Sjøkkfasen:.....	7
2.2.2 Reaksjonsfasen: .....	8
2.3 Mestringsteori: .....	9
2.3.1 Problemorientert mestring: .....	10
2.3.2 Emosjonelt orientert mestring:.....	10
2.4 Psykososiale utfordringer:.....	11
2.4.1 Frykt for lyd, lukt og lekkasje:.....	11
2.4.2 Kroppsoppfatning og selvbilde:.....	11
2.4.3 Pasientrollen.....	12
2.4.4 Livskvalitet: .....	12
2.5 Sykepleie til stomipasienter .....	13
2.5.1 Relasjonen mellom sykepleier og pasient .....	13
2.5.2 Informasjon og veiledning .....	13
2.5.3 Stomistellet.....	14
2.5.4 Møte med omgivelsene.....	15
2.5.5 Seksualitet og samliv .....	15
3 Metode: .....	16
3.1 Hva er metode:.....	16
3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode: .....	16
3.1.2 Systematisk litteraturgjennomgang som metode:.....	16

3.1.3 Etske overveielser i litteraturstudium: .....	17
3.2 Datasamling: .....	17
3.3 Forskningsøk .....	18
3.3.1 Strukturere litteratursøket: .....	18
3.3.2 Søkprofil:.....	19
3.3.3 Søkstrategi:.....	20
3.4 Kildekritikk: .....	21
3.5 Tekstanalyse: .....	22
4 Forskningsfunn: .....	23
5 Drøfting.....	27
5.1 Pasientens forutsetninger for å mestre livet med stomi: .....	27
5.2 Psykososiale faktorer som påvirker pasientene etter stomioperasjonen.....	29
5.3 Hva kan sykepleier bidra med for å fremme mestring:.....	31
6 Konklusjon: .....	37
Litteraturliste:.....	39

# 1 Innledning

Jeg vil innledningsvis presentere temaet, begrunnelsen for valget av tema og problemstilling. Jeg vil gjøre rede for avgrensinger og presiseringer.

## *1.1 Presentasjon av temaet:*

Norsk forening for stomi og reservoaropererte anslår at det lever 8-10 000 stomiopererte i Norge (Norilco 2012). Det er flere årsaker til at man må gjennomføre en stomioperasjon, den vanligste grunnen er kreft i endetarmen eller urinblæren. Alvorlig og kronisk betennelsestilstander i tykktarmen, misdannelser og skader kan også gjøre det nødvendig å anlegge en stomi (ibid.). Etter operasjonen får pasientene postoperativ oppfølging på gastrokirurgisk avdeling ved sykehus før de skal hjem å mestre hverdagen på egenhånd. Pasientene trenger kunnskap om stomien, stomistellet, stomiutstyr, komplikasjoner, og hvordan det er å leve med stomi for å kunne mestre livet med stomi (Nilsen 2011:103).

## *1.2 Bakgrunn for valg av tema:*

I løpet av studietiden min har jeg hatt praksis på en gastrokirurgisk avdeling. Jeg møtte da pasienter som nylig hadde fått stomi. I møte med disse pasientene reflekterte jeg mye over hvordan det er å få en slik endring på kroppen. I det vestlige samfunnet i dag er det mye fokus på kropp og utseende, hvordan er det da å være annerledes? Hvilke bekymringer er det pasientene har? Og hvordan kan jeg som sykepleier hjelpe pasientene på veien mot å mestre livet med stomi?

På tross av at sykepleierne var utrolig flinke, fikk jeg ett inntrykk av at pasienten ønsket flere samtale rundt det å få stomi og at de satt igjen med spørsmål som de ikke fikk besvart. Det var gjerne utsagn fra pasientene som fikk meg til å tenke over dette.

Den postoperative fasen etter at man har fått anlagt stomi kan fort bli veldig teknisk. Man lærer hvordan man skal håndtere stomien og får informasjon om det praktiske. Samtalen rundt de psykososiale temaene kan være vanskeligere å gå inn på for sykepleier. Jeg tror det er viktig med samtaler rundt disse temaene, og at dette kan bidra til at pasientene blir bedre utrustet til å møte hverdagen etter utskriving.

### **1.3 Problemstilling:**

Jeg har valgt problemstillingen:

***Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos voksne pasienter i det postoperative forløpet etter en stomi operasjon?***

For å konkretisere problemstillingen vil jeg ha fokus først og fremst på de psykososiale aspektene ved å få stomi. Jeg vil rette oppmerksomheten på faktorer ved det å få stomi, som det er viktig at sykepleier er klar over og hvordan sykepleier kan bidra med god sykepleie til pasientene på veien mot mestring.

### **1.4 Avgrensning og presisering:**

Oppgaven har fokus på aldersgruppen fra 18 til 50 år. Jeg valgte denne aldersgruppen fordi jeg selv møtte flere pasienter i denne gruppen med stomi på gastrokirurgisk avdeling. Jeg har valgt å skrive om kolorektal kreft, som årsaken til stomien, og skriver derfor om kolostomi. Gruppen jeg skriver om er pasienten som har fått permanent stomi, og må innstille seg på at de skal ha den resten av livet. Oppgaven tar utgangspunkt i den postoperative perioden på sykehuset, altså etter stomioperasjonen. Jeg har valgt å omtale de psykososiale konsekvensene av å få stomi, og vil derfor ikke gå inn på andre følger eller komplikasjoner av stomanleggelsen. Det kirurgiske inngrepet, smertebehandling, stomiutstyr, sårstell og det praktiske stellet av stomien vil heller ikke bli inkludert. Jeg kommer til å omtale sykepleier som «hun» og pasient som «han», der dette er nødvendig. Det gjør jeg for at det skal være ryddig og for å unngå gjentakelser.

### **1.5 Disposisjon:**

Oppgaven er inndelt i ulike deler og består av: teori, metode, funn, drøfting og avslutning. I teoridelen presenteres sentrale teorier som er relevante for oppgaven og etablerer en teoretisk ramme. Metodedelen avklarer valg av metode og gjør rede for søkestrategien jeg har brukt. Sentrale funn presenteres systematisk i tabell. I drøftingsdelen i oppgaven blir mine funn drøftet i lys av det teoretiske rammeverket. Oppgaven avsluttes med en sammenfallende konklusjon.

## 2 Teoridel

Det å få konstatert kreft eller kronisk sykdom i mage-tarm-kanalen kan ofte være en krise for dem det gjelder. Ved begge disse tilstandene kan behandlingen resultere i stomi. Pasienter som nylig har fått anlagt stomi kan være i en krise både på grunn av sykdommen og behandlingen. Det å få stomi er for de fleste en skremmende og fremmed opplevelse, og pasientene kan reagere veldig forskjellig (Stubberud og Nilsen 2011:432). Sykepleier trenger kunnskap om vanlige krisereaksjoner, mestring av stress og hvordan reaksjoner påvirker pasientens mulighet til å ta imot undervisning og veiledning (Nilsen 2011:103).

### 2.1 Stomi:

Ordet stomi er gresk og betyr munn eller åpning. Innen medisinsk terminologi brukes ordet om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen, mellom to hulorganer eller fra et hulorgan og ut på huden. I 1952 utviklet den engelske kirurgen Brian Brooke teknikken med å vrenge tarmen før den ble festet i huden. Dette var en milepæl innen stomikirurgi og denne teknikken brukes fortsatt i dag (Nilsen 2011:103). Formålet med stomien er å avlaste eller erstatte et sykt organ. Det finnes flere typer stomier, de har fått navn etter hvilket organ som er lagt ut. Stomitypene er colostomi, ileostomi og urostomi. Blant disse er colostomi den vanligste, og denne gruppen utgjør ca. 60 prosent av alle stomiopererte (Norilco 2012).

#### 2.1.1 Årsaker til stomi:

Det er flere årsaker til at man får stomi. De fleste stomitilfeller er på grunn av kreft i endetarmen eller urinblæren. Alvorlig kronisk betennelsestilstander slik som Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er den vanligste årsaken til at yngre og middelaldrene får stomi. Ellers kan stomien skyldes medfødte misdannelser eller skader etter for eksempel kirurgiske inngrep, strålebehandling mot kreft eller ulykker. Stomien kan være midlertidig eller varig (Norilco 2012).

Kolorektal kreft er et samlebegrep og omfatter kreftsykdom i alle deler av tykktarmen (Stubberud og Nilsen 2011:446). Tykk- og endetarmskreft er den hyppigste kreftformen i Norge dersom man ser på kvinner og menn under ett, og det oppdages ca. 3500 nye tilfeller hvert år (Kreftregisteret 2013). Kreft er den vanligste årsaken til at man må lage kolostomi,

kreftsvulsten sitter da så langt nede i tarmen at man ikke kan fjerne det syke området og skjøte tarmen (Nilsen 2011:105).

### **2.1.2 Kolostomi:**

En kolostomi er når tykktarmen er lagt ut til stomi. Plasseringen til stomien er avhengig av årsaken til inngrepet, men det vanligste er at den er plassert på venstre side ettersom det er sigmoideum som brukes til å konstruere stomien. Sigmoidium er den siste delen av colon (Nilsen 2011:105, Persson 2008:62). Blant alle som får stomi i Norden regner man med at omkring 60 % er kolostomier og flere enn halvparten av kolostomiene er permanente (Persson 2008:62). Kolostomien konstrueres ved at sigmoideum dras ca. to til tre cm over huden, tarmen vrenses og sys fast til huden. En velfungerende kolostomi trenger bare å være fem til ti millimeter over hudflaten siden avføringen er fast og derfor ikke renner så lett under stomibandasjen (ibid.:64). Kolostomien har liten innvirkning på næringsbalansen, dette kommer av at næringsstoffene suges opp i tynntarmens øvre del. Det som er igjen av tykktarmen rekker å ta til seg vann og salt og fungerer som tidligere. Avføringen vil være fast formet, gassutslippet er som normalt og innholdet vil ha en vanlig avføringslukt (Nilsen 2011:105,106).



## 2.2 Krise og krisereaksjoner

Alvorlige livshendelser som sykdom, traumer, dødsfall, tap og andre store endringer i livet kan føre til krisereaksjoner (Eide og Eide 2011:166). Hendelsen blir da så overveldende at den overstiger personens evne til å møte utfordringen eller trusselen på en passende måte (Hummelvoll 2012:503). Det er vanlig å dele kriser inn i utviklingskriser og traumatiske kriser. Jeg beskriver traumatisk kriser her, da det sannsynligvis er dette en stomioperasjon kan utløse. Traumatiske kriser er situasjonsbetingede kriser som utløses av hendelser eller forandringer som er dramatiske og oppskakende (ibid.:507). Ved traumatiske kriser er belastningene så store at personen blir merket av dem i kortere eller lengere tid, de kan være fysiske, psykiske eller sosiale belastninger (Eide og Eide 2011:167).

Cullbergs fire krisefaser blir referert i boken *Helt ikke stykkevis og delt*. Det er sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Hummelvoll 2012:509). Jeg kommer bare til å skrive om de to første fasene, da det er mest sannsynlig at pasienten befinner seg der i den postoperative fasen. Fasene kan sjeldent avgrenses klart og de flyter gjerne over i hverandre. Det kan i tillegg også oppstå nye kriser underveis i prosessen. Faseinndelingen kan likevel være et hjelpemiddel til å forstå pasientenes reaksjoner og deres behov (Eide og Eide 2011:167).

### 2.2.1 Sjokkfasen:

I sjokkfasen tar man ikke alltid innover seg situasjonen slik den faktisk er. Man har normalt dårlig kontakt med egne følelser, vurderings- og tankeevnen er nedsatt og benektelse er en normalreaksjon. Enkelte kan også reagere med apati eller panikk (Eide og Eide 2011:176). Fasen kan vare fra timer til dager og kan gi seg utslag på forskjellige måter, det kan dreie seg om uvirkelighetsfølelse, apati, benektelse, vansker med å ta inn og bearbeide informasjon, kroppslige stressreaksjoner og endret tidsopplevelse (Hummelvoll 2012:509). Pasientens evne til å løse problemer er ofte dårlig, og de kan ha behov for praktisk hjelp og omsorg (Eide og Eide 2011:176).

### 2.2.2 Reaksjonsfasen:

I reaksjonsfasen begynner pasienten å ta innover seg det som har skjedd igjen, og de følelsene og reaksjonene som dette vekker slipper til (Eide og Eide 2011:178). Denne fasen kan kjennetegnes av frykt og sinne, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst, angst og depressiv fortvilelse. Hvor lang tid det tar før personen går over i denne fasen varierer mye. En økning av angst kan forekomme fordi de måtene en vanligvis vil møte angsten på ikke lenger strekker til. Ulike forsvarsmekanismer som for eksempel benektelse, undertrykkelse, fortrenkning, isolasjon og regresjon settes i verk som en følge (Hummelvoll 2012:509). Når det er diagnose, sykdom eller innleggelse som utløser krisen vil reaksjonene kunne komme ganske fort etter at personen begynner å erkjenne hva situasjonen innebærer (Eide og Eide 2011:179).

Krisereaksjonene vil variere fra person til person, og på bakgrunn av hva personen er utsatt for (Eide og Eide 2011:179). Pasientgruppen jeg fokuserer på har fått en kreftdiagnose, de har i tillegg fått en stomi. De vil gjerne oppleve sorgreaksjoner og er i en krise (Nilsen 2011:108) Endringene kan føre til tap av mening og sammenheng, livet er annerledes, mindre trygt og forutsigbart (Eide og Eide 2011:166). Reaksjonene kan føre til at pasienten ikke er mottakelig for informasjon. I verste fall klarer de ikke å oppfatte den informasjonen som er blitt gitt på grunn av undertrykkelse av egne følelser og reaksjoner. Noen neglisjerer stomien i lenger eller kortere tid, andre kan bli overdrevent opptatt av sitt eget utseende. Pasientens selvbilde, kroppoppfatning og tidligere erfaringer vil påvirke hvordan de takler situasjonen (Nilsen 2011:108). I møte med den nyopererte pasienten er det viktig at sykepleier har kunnskap om de psykiske reaksjonene og forsvarsmekanismene som stomien kan vekke hos pasienten. Sykepleier må møte pasienten og disse reaksjonene med en åpen og lyttende holdning, og bruke kunnskapen for å tilrettelegge og følge opp best mulig (Eide og Eide 2011:179, Nilsen 2011:108,114).

### 2.3 Mestringsteori:

Lazarus og Folkman definerer mestring slik:

Kontinuerlig skiftende kognitiv og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser (Lazarus og Folkman 1984:141)

Med hjelp av mestring ønsker vi å fjerne, overvinne, redusere eller tolerere truende eller utfordrende hendelser som vi utsettes for (Carlsson og Berndtsson 2008:161, Kristoffersen 2011:144). Mennesker vil reagere forskjellig på utfordringer, motgang og traumer. Hvem man er, hvordan personene rundt en reagerer og faktorer fra fortiden og nåtiden vil være med å påvirke hvordan man opplever hendelsen (Eide og Eide 2011:172).

Lazarus og Folkman deler vurderingene av en situasjon inn i primær- og sekundærvurderinger. Personen tar utgangspunkt i sine egne kognitive vurderinger eller oppfatning av den aktuelle situasjonen for å forsøke å mestre den (Kristoffersen 2011:144). I primærvurderingen legges det mening til situasjonen. Dette gjøres ut fra kjennetegn ved situasjonen og ut fra indre faktorer hos personen selv. Det er altså personens kognitive vurderinger som avgjør om situasjonen oppfattes belastende. Videre vil den belastende situasjonen kunne oppfattes som en trussel, et tap eller en utfordring, og personen vil handle forskjellig ut fra hvordan han vurderer situasjonen (ibid.). Sekundærvurderingen omfatter en vurdering av mulighetene for å kunne håndtere den aktuelle situasjonen. Tidligere erfaringer, kunnskap og ferdigheter vil spille inn her (ibid.:145).

Lazarus og Folkman (1984), skiller mellom to hovedtyper av strategier for mestring:

- Problemorientert mestring
- Emosjonelt orientert mestring

### **2.3.1 Problemorientert mestring:**

Ved bruk av problemorientert mestring forholder personen seg aktivt og direkte til situasjonen eller problemet det gjelder, for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. Hensikten er å håndtere eller løse en stressende situasjon og øke valgmulighetene personen har (Kristoffersen 2011:145). Den problemfokuserede handlingen retter seg ofte mot å definere problemet, finne alternative løsninger, overveie alternativene ut fra fordeler og ulemper, velge blant dem og handle (Lazarus og Folkman 1984:150).

### **2.3.2 Emosjonelt orientert mestring:**

Emosjonelt orientert mestring søker å redusere ubehaget i en stressende situasjon. Det tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen og dempe følelsene som ledsages av stress fremfor å endre selve situasjonen (Kristoffersen 2011:147). Det er ofte kognitive prosesser som retter seg mot å minske emosjonelle plager. Det inkluderer blant annet strategier som unngåelse, minimering og distansering (Lazarus og Folkman 1984:150).

Som sykepleier kan man ved å påvirke faktorer som inngår i vurderingsprosessen, bidra til en revurdering av situasjonen. Dette kan resultere i at stomipasienten oppfatter situasjonen som en utfordring han kan mestre (Kristoffersen 2011:145). Ved å identifisere faktorer som har innvirkning på pasientens kognitive vurdering, og sette i gang tiltak som påvirker disse kan sykepleier bidra i mestringsprosessen. Det kan handle om at pasienten har mangelfull kunnskap, skremmende fantasier og erfaringer som er med på å avgjøre meningen pasienten legger i situasjonen (ibid.:155).

Pasientens forutsetninger før han får stomien har også betydning. Pasientens alder, sykdom, bakgrunn og erfaringer er faktorer en må ta hensyn til. En pasient som nylig har fått en diagnose, for så å få stomi, har gjerne et annet utgangspunkt enn en pasient som har levd med sykdom lenge og vert klar over at stomi ville bli nødvendig (Nilsen 2011:109).

## **2.4 Psykososiale utfordringer:**

Pasienten er i en situasjon der han har fått diagnostisert en alvorlig, potensielt dødelig sykdom. Stomien er en konsekvens av behandlingen som skal gjøre det mulig å leve videre. På den andre siden kan det være usikkerhet og frykt knyttet til endret levesett, endret kropp og endret selvbilde (Nilsen 2011:108).

### **2.4.1 Frykt for lyd, lukt og lekkasje:**

Gjennom stomioperasjonen taper pasienten kontrollen over avføring og tarmgass (Nilsen 2011:109). I samfunnet i dag er det ofte knyttet tabuholdninger til urin og avføring. Pasienten kan føle på en frykt for lukt og lekkasje og for hvordan omgivelsene vil møte ham. Det å gå på toalettet er en svært personlig ting, lyd og lukt skal vi holde for oss selv og det er forventet at vi holder oss «renslige». På bakgrunn av dette skjønner vi at mange pasienter kan føle det nedverdiggende å tape denne kontrollen, tabuholdningene i samfunnet forsterker dette ytterligere (ibid.:108). Pasienten kan føle ulyst eller motvilje mot å delta i sosiale sammenhenger, i redsel for at det skal lukte, komme lyde eller lekke fra stomien. Dette kan igjen føre til psykososiale problemer (ibid.:109).

### **2.4.2 Kroppsoppfatning og selvbilde:**

Kroppsforandringene som operasjonen fører med seg kan gjøre at pasienten føler seg mindreverdig og får et dårligere selvbilde (Nilsen 2011:108). Bob Prices beskriver kroppsoppfatningen som bilde av kroppen slik den framtrer innenfor oss selv, eller slik vi opplever den. Han bruker tre komponenter for å beskrive den normale kroppsoppfatningen: *Kroppsidealet*, som er et mentalt bilde av hvordan kroppen bør se ut, føles og oppføre seg. *Kroppsrealitet*, som er hvordan kroppen virkelig ser ut, påvirket av aldring, sykdom og miljø, og *Kroppspresentasjon*, som er hvordan kroppen tilpasses og presenteres for andre personer (Price 1995:170).

Andres oppfatninger om hvordan idealkroppen bør være påvirker pasientens kroppsbilde. Hvordan pasienten tenker og føler om kroppen sin, hvordan han syns han ser ut og hvordan han ønsker å fremstå påvirker hvordan han ser på seg selv (Nilsen 2011:108).

Kroppsoppfatningen påvirkes også av kulturelle normer. I den vestlige kulturen er utseende viktig, og en slank og vakker kropp er gjerne et ideal for mange (Persson 2008:177, Solvoll

2011:20). Tap av noen av kroppens funksjoner kan gjøre at man kjenner seg annerledes, en sykdom, operasjon eller forandring i eliminasjonsmønsteret kan forandre personens opplevelse av sin egen kropp og selvfølelsen, pasienten kan oppleve seg som mindreverdige og få et dårligere selvbilde (Nilsen 2011:108, Persson: 2008:177). Pasienten kan også få psykoseksuelle problemer, ved at han føler seg mindre attraktiv og ikke klarer å innlede eller gjenoppta et seksuelt forhold (Nilsen 2011:108).

Pasienten må jobbe seg gjennom de vanskelige følelsene som henger sammen med kroppsendringen, denne prosessen kan ta lang tid. Ikke alle klarer å godta og akseptere forandringene, men de fleste lever et godt liv etter hvert (Nilsen 2011:109). Hvordan sykepleier møter pasientene med disse belastningene og hvordan hun handler kan enten bidra til å minske eller øke belastningene (ibid.:108).

### **2.4.3 Pasientrollen**

Hos mennesket er det sentralt å ha kontroll over kroppen og kroppens funksjoner. Når en person inntar en pasientrolle kan dette oppleves vanskelig og han kan føle seg utsatt, sårbar og verdiløs. Det er ikke bare sykdommen som påvirker kroppen, men også prosedyrene og den medisinske behandlingen som pasienten må gjennom. Det er viktig at sykepleier er klar over dette i arbeidet rundt den stomiopererte. Pasienten kan føle seg krenket, blottet eller utsatt for fornedring. (Persson 2008:175).

### **2.4.4 Livskvalitet:**

Livskvaliteten er unik for hvert individ. Det kan defineres som opplevelsen av lykke eller tilfredsstillende med livet, innenfor områder som er viktige for den enkelte. Dersom man skal vurdere livskvalitet er det viktig at man vet hva livskvalitet betyr for det enkelte individet (Carlsson og Berndtsson 2008:156). Livskvaliteten vil påvirkes av personlige opplevelser, miljøet man lever i og de erfaringene man har. Ved at man har et gap mellom oppfattet livskvalitet og livskvalitetsmål vil man gjerne rapportere dårligere livskvalitet. Når livskvaliteten forbedres oppnår man gjerne noe man ønsker, tilpasser seg bedre til situasjonen eller justerer på kravene eller forventningene (ibid.).

## **2.5 Sykepleie til stomipasienter**

En nyoperert stomipasient trenger kunnskap om stomistell, stomiutstyr, stomikomplikasjoner og hvordan det er å leve med stomi, for å kunne oppnå mestring. En utfordring for sykepleier er å undervise og veilede pasienter som er i en krise på grunn av sykdom og behandling (Nilsen 2011:103). Den postoperative fasen er i tillegg kort, og pasienten kan ha nok med å komme seg etter operasjonen (ibid.:125).

### **2.5.1 Relasjonen mellom sykepleier og pasient**

Hummelvoll snakker om viktigheten av det han kaller sykepleier-pasient-fellesskap. Dette fellesskapet er betydningsfullt i bedringsprosessen, men det er avhengig av at det utvikles på grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet. Sykepleieprosessen kombinerer både forståelse og forklaring i forhold til pasientsituasjonen. En forutsetning for at man skal klare dette er at man utvikler et samarbeid og et fellesskap mellom sykepleier og pasient. I dette fellesskapet søker man å klarlegge pasientens problemer og funksjonsvansker og leter etter måter å møte disse på. Hummelvoll skriver at man gjennom et slikt samspill og samarbeid kan utforme en sykepleiepraksis som tar utgangspunkt i pasientens perspektiver og funksjonsevne (Hummelvoll 2012:38).

Evnen til å skape en god relasjon er viktig. Samtalen er grunnleggende i utviklingen av en tillitsfull relasjon. Dersom pasienten blir møtt av en lydhør, oppmerksom og forstående sykepleier kan det bidra til at han skjønner seg selv bedre, og kan se seg selv på nytt gjennom lytterens forståelse. Dermed har relasjonen i seg selv en mulighet til heling og til å få grep om situasjonen (Hummelvoll2012:437). Den første tiden med stomi er viktig, dersom pasienten møtes med en medmenneskelig og aksepterende holdning denne tiden, kan dette bidra til å gi ham tryggheten han trenger for å bygge opp et nytt godt selvbilde (Nilsen 2011:116).

### **2.5.2 Informasjon og veiledning**

Informasjon er betydningsfullt og viktig, særlig for pasienter som opplever mye usikkerhet. Usikkerheten kan forstyrre pasientens prosess mot å finne mening i sykdommen, og det kan skape en mer truende og stressende situasjon (Persson 2008:182).

Kunnskapen får en positiv betydning for pasienten når han opplever den som meningsfull. Det er derfor viktig hvordan sykepleier underviser. Ved en formell og belærende

undervisningsform kan det vekke motvilje og aversjon hos pasienten. En uformell samtaleform vil på den andre siden kunne gi pasienten følelse av å være i dialog og gi ham bedre muligheter for å tilegne seg kunnskapen (Nilsen 2011:116). Det å gi realistiske bilder av hvordan kroppens forandringer og livet med stomi kan komme til å påvirke livet videre, kan også være med på å minske utryggheten (Persson 2008:182).

Tydelig og klar kommunikasjon er også en forutsetning for at pasienten skal kunne medvirke og være aktivt involvert i behandlingen (Persson 2008:183) En pasient som har kunnskap om sin tilstand, har større mulighet til å få kontroll over situasjonen og kan være med på å ta beslutninger (Carlsson og Berndtsson 2008:162). Informasjonen må tilpasses den enkelte pasient. Sykepleier må ha god evne til innleving og ha god kunnskap om mennesker i krise og sorg (ibid.:110).

I boken kroppskunnskap definerer McLeond veiledning som en aktivitet som finner sted når noen er bekymret for noe, og når de inviterer og tillater en annen person å være i relasjon til dem, slik at de får mulighet til å fortelle fritt, møte tillit, bekreftelse og respekt (Heggdal 2008:295). Det er viktig at sykepleier er lydhør og gir tid og rom for de følelsene og reaksjonene som kan oppstå hos pasienten, for slik å hjelpe ham til å tilpasse seg den nye livssituasjonen (Persson 2008:181).

### 2.5.3 Stomistellet

Første gang sykepleier møter pasienten er han gjerne usikker og lurer på om alt er som det skal. For å skape åpenhet og normalisere stomien, kan sykepleier kommentere stomiens utsende (Nilsen 2011:116). Noen pasienter ønsker å se stomien med en gang, mens andre gruer seg til det og trenger tid før de orker å se på den. Sykepleier må respektere reaksjonen til pasienten og ta utgangspunkt i den reaksjonsmåten den enkelte pasient bruker. Dersom pasienten ikke viser interesse, kan man forsøke å skape nysgjerrighet for eksempel ved at sykepleier beskriver hvordan stomien ser ut. Pasienten kan da bli nysgjerrig og ville se den selv (ibid.). Det at pasienten gradvis blir trukket med i stellet er et viktig ledd i aksepteringen. Han blir etter hvert i stand til å ta over mer og mer av ansvaret. Pasienten bør oppmuntres til å snakke om egne reaksjoner, tanker og følelser (Nilsen 2011:116).

Det lukter ofte spesielt sterkt fra stomiskiftet de første gangene. Sykepleier bør sette ord på problemet med lukten istedenfor å komme til å vise ubehag ubevisst gjennom kroppsspråk og



grimaser. Man kan da skape en åpenhet, og pasienten kan få mulighet til å uttrykke noen av sine tanker, spørsmål eller reaksjoner dersom han ønsker det (Nilsen 2011:116). De fleste beskriver lydene og ubehagelig lukt som de mest plagsomme i livet med stomi. Kostholdsråd og andre tiltak kan være med på å begrense disse ubehagelighetene (ibid.:124).

#### **2.5.4 Møte med omgivelsene**

Pasienten er ofte spent på hvordan omgivelsene vil reagere på stomien (Nilsen 2011:116). Sykepleier bør oppmuntre pasienten til å tenke gjennom hva han ønsker å fortelle om seg selv og sin sykdom til andre og hva han bør holde for seg selv. Stomien er bare en liten del av pasientens liv. Han bør oppmuntres til å vise omverdenen at han fortsatt fyller sine sosiale roller, selv om han nå har fått en stomi. Det vil også gjøre det lettere for menneskene rundt ham å oppleve han som den samme som før. Pasienten må også forberedes på at han kan bli avvist når han snakker om stomien (ibid.:126).

Å møte et annet menneske som selv har stomi, kan bety mye for pasienten. Det å se at personen går i vanlige klær og er fullt oppegående kan gjøre det lettere for pasienten å akseptere situasjonen (Nilsen 2011:110). Den norske stomiforeningen, Norilco, tilbyr besøkstjenester til alle som skal få eller har fått stomi. Sykepleier bør informere om Norilco, samt formidle kontakt dersom pasienten ønsker dette.

#### **2.5.5 Seksualitet og samliv**

Det kan være vanskelig å finne en passende anledning til samtale om seksualitet og samliv. Den postoperative perioden er kort og det er mye informasjon å ta i mot for pasienten (Nilsen 2011:125). Det kan være bekymring knyttet til seksuelle temaer, det er derfor viktig at sykepleier informerer og snakker om dette med pasienten. En samtale eller diskusjon rundt seksualitet begynner ofte med at man «underviser» pasienten om hvordan det normalt er fysisk og psykisk (Berndtsson 2008:194). Det kan tenkes at partner eller ektefelle også har tanker og spørsmål knyttet til dette, sykepleier bør oppmuntre og legge til rette for at de deltar i den informasjonen som blir gitt. Dersom partner i tillegg ser stomien mens pasienten fremdeles er på sykehuset kan det være enklere for pasienten å vise seg senere også (Nilsen 2011:125).

### **3 Metode:**

Her vil jeg avklare valg av metode og gjøre rede for hvordan jeg har foretatt søket etter forskning og litteratur.

#### **3.1 Hva er metode:**

Glasdam definerer metoden slik:

Metode skal forstås som den planmessige fremgangsmåde, hvorpå du går til værks i din undersøgelse; både når empiri konstrueres og analyseres (Glasdam 2012:19).

Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring (Dalland 2013:115). Metoden beskriver hvordan man går til verks for å finne eller etterprøve kunnskap, og gi god data som belyser problemstillingen på en faglig interessant måte (ibid.:111).

##### **3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode:**

Den kvalitative metoden brukes når man ikke kan måle eller tallfeste dataen, den søker å fange opp mening og opplevelser. Den viser til karaktertrekkene eller egenskapene ved fenomener (Dalland 2013:112,113). Metoden kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. Data består av tekst, som kan være samtaler eller observasjoner (Malterud 2004:31).

Den kvantitative metoden på den andre siden, gir data i form av målbare enheter. Dataen gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner og føre statistikk over funnene (Dalland 2013:112). Metoden bygger på numeriske data i form av tallmaterialer (Malterud 2004:31).

I denne oppgaven benyttes både kvantitative og kvalitative forskningsartikler.

##### **3.1.2 Systematisk litteraturgjennomgang som metode:**

Gjennom en systematisk litteraturgjennomgang samler man kunnskap og forskning som allerede finnes om det emne man vil undersøke. Litteraturen finnes, vurderes og velges ut på en systematisk måte (Fredriksen og Beedholm 2013:47). Når man søker systematisk, menes det at man finner relevante ord, kombinerer disse riktig og søker i relevante databaser (Hørmann 2012:37). Jeg mener litteraturstudie er en velegnet metode for min oppgave da det er forskning tilgjengelig innenfor de temaene jeg er interessert i som kan belyse og besvare

problemstillingen min. Jeg har derfor fulgt prinsippene til en systematisk litteraturgjennomgang for å samle kunnskap som kan besvare min problemstilling. Det er også slik at man ikke skal belaste mennesker med å forske på noe, dersom det alt er forsket på (Fredriksen og Beedholm 2012:47), et litteraturstudie var derfor mer relevant for meg enn et intervju.

### **3.1.3 Etiske overveielser i litteraturstudium:**

I arbeidet med oppgaven er det viktig å tenke over hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører og hvordan det kan håndteres (Dalland 2013:95). Denne oppgaven bygger på eksisterende litteratur og forskning. Personvern, anonymitet og samtykke har jeg derfor ikke trengt å berøre. Det er viktig å ivareta forfatterens arbeid på en god og riktig måte. Dette har jeg forøkt å gjøre. Jeg har brukt retningslinjene for oppgaveskriving fra Diakonhjemmet høyskole, og oppgir referanser fra all litteraturen jeg benytter meg av.

Det kan være relevant å tenke over hvem som har nytte av oppgaven (Dalland 2013:138). Jeg ønsker at oppgaven skal være til nytte for sykepleiere som møter stomipasienter i sitt arbeid. Jeg ønsker at de gjennom denne oppgaven skal få mer innsyn i hvordan pasienten med nylig anlagt stomi kan føle det og hva som er viktig å vektlegge i sykepleien. Jeg vil også at oppgaven skal bidra til at jeg og andre sykepleier kan bli bedre yrkesutøvere.

Jeg anser litteraturen og forskningen som jeg har benyttet i oppgaven som pålitelig. Jeg har brukt litteratur og forskning som er anerkjent, og publisert i anerkjente tidsskrifter.

### **3.2 Datasamling:**

Her vil jeg presentere hvordan jeg hentet litteratur og opplysninger til oppgaven.

Jeg begynte med å søke etter litteratur på Diakonhjemmet sitt bibliotek, her fikk jeg også hjelp av bibliotekaren til å finne relevant litteratur til min problemstilling. Jeg fikk bestilt artikler gjennom biblioteket som skolen ikke hadde tilgang på. Samtidig gikk jeg gjennom pensumlitteratur som jeg har brukt gjennom sykepleieutdanningen, og fant kapitler som var relevante til denne oppgaven. Jeg har også sett på pensumlisten til eldre bachelor- og master oppgaver som omhandlet temaet stomi og sykepleie for å se om de hadde brukt litteratur som også jeg kunne dra nytte av. Jeg har også fått råd om litteratur fra min veileder. For å velge ut hvilken litteratur som er relevant for min oppgave har jeg først og fremst tatt utgangspunkt i problemstillingen. Hva er det som svarer på eller bygger rundt min problemstilling.

### 3.3 Forsknings søk

Jeg vil her beskrive fremgangsmåten jeg har brukt for å innhente data til oppgaven. Dalland beskriver to spørsmål som må stilles til data. Jeg har benyttet meg av disse to spørsmålene i mitt søk (Dalland 2013:120).

- Hvilken relevans har data for problemstillingen?
- Hvor pålitelig er måten data er samlet inn på?

Jeg valgte å gå bredt ut i begynnelsen for å få ett innblikk i hvilken forskning som er gjort på området. Jeg søkte i både engelske og skandinaviske databaser. Litteratursøkingen har pågått gjennom hele skriveprosessen, etter hvert som jeg ble mer fokusert ble også litteratursøkene mer fokuserte og spesifikke.

#### 3.3.1 Strukturere litteratursøket:

For å strukturere søket mitt utarbeidet jeg meg noen kriterier (Dalland 2013:70):

- Jeg avgrenset litteratursøket til de siste 10 årene.
- Jeg begrenset søket til artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk.
- På grunn av at kroppsbilde, selvbilde, livskvalitet, seksualitet og kroppsfokuset ikke nødvendigvis er det samme fra ett land til ett annet begrenset jeg litteratursøket geografisk. Jeg begrenset søket til Norden, USA, UK og Irland, da jeg tenker at disse faktorene kan være noenlunde like der som i Norge.

#### **Inklusjonskriterier:**

- Artikkelen handler om pasienter med stomi eller sykepleie til pasienter med stomi.
- Artiklene har gjennomgått fagfelleevaluering (peer review).
- Artiklene omhandler pasienter i aldersgruppen voksne 18-50 år.
- Grunn for stomioperasjon er kolorektal kreft.

#### **Eksklusjonskriterier:**

- Artiklene handler ikke om ileostomi eller urostomi uten å nevne kolostomi.
- Artiklene handler ikke om medisinsk behandling.

### 3.3.2 Søkeprofil:

Jeg benyttet meg av disse ordene i søket etter artikler:

Stoma\*, Ostomy\*, Colostomy\*, Coping\*, Nursing care, Ostomy care, Body image, Psychosocial factors, Quality of life, Experiences, Adjustment, Experiences after ostomy surgery, Acceptance, Patient, Nurse, Living with a stoma, Quality of care, Postoperative.

Jeg kombinerte ordene ved hjelp av boolske operatører (Hørmann2012:39). Jeg brukte «og» og «eller» mellom ordene for å spesifisere søkene mine. Etter hvert som jeg fant artikler som var relevante for min oppgave, så jeg på nøkkelordene som var brukt der og inkluderte de som var relevante i mitt videre søk. Jeg foretok søkene mine i databasene PubMed, Cinahl og SweMed+, men jeg endte opp med å finne alle forskningsartiklene i Cinahl. Jeg leste 9 artikler før jeg bestemte meg for hvilke jeg skulle velge.

### 3.3.3 Søkestrategi:

Systematisk søkning					
Database	Søkeord og begrensninger	Antall treff	Var interessant når jeg leste tittelen	Interessant sammendrag	Valgte forskningsartikler
Cinahl	Stoma* or Ostomy* and nursing care* and coping*  2005-2014  Peer reviewed  Age Groups : Adult  English language  Europe, USA, UK and Irland	91	2	2	Living with a stoma: a review of the literature og Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships.
Cinahl	Living with a stoma or Living with an ostomy and Psychosocial factors  2005-2014  Peer reviewed  Age Groups: Adult	5	3	2	Living with an ostomy: Woman's long term experiences
Cinahl	Ostomy care or Stoma care and Nursing and quality of care  2005-2014  Peer reviewed  Age Groups: Adult	16	3	2	Ostomy patients' perceptions of quality of care

### **3.4 Kildekritikk:**

Kildekritikk er å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes, det er metoden som brukes for å fastslå om kilden er sann (Dalland 2013:67). I søket mitt etter litteratur har jeg i henhold til Dalland stilt meg spørsmålet: Er dette relevant for min problemstilling? Er litteraturen holdbar i dag? Er litteraturen troverdig? (Ibid.:74).

Jeg har bevisst forsøkt å innhente den nyeste litteraturen på området. Fagområder er i stadig utvikling og kunnskap kan derfor bli utdatert (Dalland 2013:77). Jeg prøvde først å søke innen ett tidsperspektiv på 5 år, men dette ble for smalt og jeg fant ikke forskning som kunne besvare min problemstilling. Jeg utvidet derfor tidsperioden jeg søkte i til 10 år.

Jeg har forsøkt å benytte meg av primærlitteratur så langt det var mulig. Det er viktig å være klar over at ved bruk av sekundærlitteratur kan det opprinnelige perspektivet ha endret seg, da den opprinnelige teksten kanskje er både oversatt og fortolket (ibid.:73). Når det gjelder fagbøker, har jeg prøvd å benytte meg av den siste utgaven av boken, da bøkene ofte gis ut i nye reviderte utgaver (ibid.:77).

Jeg forsøkte å finne relevante forskningsartikler som omhandlet det postoperative forløpet, dette viste seg å være utfordrende. Det meste av forskningen jeg fant som var relevant for min problemstilling, omhandlet utfordringer knyttet til det å få stomi sett fra et pasientperspektiv. Jeg mener at forskningsartiklene jeg har brukt likevel belyser noe av sykepleiernes funksjoner postoperativt. Gjennom å bli klar over pasientenes opplevelse av å få stomi kan sykepleier tilegne seg kunnskap som er viktig for å optimalisere pleien til stomipasientene. Sykepleiers funksjon blir også nevnt i flere av forskningsartiklene. Jeg valgte også ut en artikkel som omhandlet pasientens perspektiv av kvaliteten av pleien. Denne artikkelen omhandler blant annet stomisykepleier. Jeg mener likevel at denne artikkelen er relevant også for sykepleiere, da flere av stomisykepleiers funksjonsområder også gjelder for sykepleiere, og man kan lære av pasientens vurdering av kvaliteten på pleien. Da noen av forskningsartiklene mine er eldre kan praksis ha blitt forbedret etter at artikkelen ble publisert, jeg mener likevel innholdet i artiklene kan være relevant også i dag. Forskningsartiklene jeg benyttet meg av er alle på engelsk. Det kan derfor være en mulighet for feiltolkninger. Det engelske språket har også flere beskrivende ord enn det norske, og det var til tider vanskelig å finne et norsk ord som inneholdt den samme betydningen som det engelske.

### ***3.5 Tekstanalyse:***

Tekstanalyse er at man stiller noen spørsmål til de tekstene man har valgt ut, som man forventer at tekstene skal kunne svare på (Fredriksen2013:72). Jeg laget spørsmålene til teksten på bakgrunn av min problemstilling, og endte opp med disse spørsmålene:

- Hva er det pasientene opplever som utfordrende etter stomioperasjonen?
- Hvilke faktorer har betydning for pasientens mestring etter stomioperasjonen?
- Hva kan sykepleier gjøre for å fremme mestring hos stomipasientene?

Når jeg leser forskningsartiklene vil jeg ta utgangspunkt i disse spørsmålene for å trekke ut funn som er relevante for min problemstilling.



## 4 Forskningsfunn:

<p><b>Tittel:</b> <i>Living with a stoma: a review of the literature</i></p> <p><b>Forfattere:</b> Brown, H. og Randle, J.</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Årstall:</b> 2005</p>			
Hensikten med studien	Metode	Utvalg	Resultater/funn
<p>Hensikten med studien var å se på hvilke psykologiske og sosiale konsekvenser en stomi har på personers liv.</p> <p>Fokuset ligger på hvordan livet til pasienten blir påvirket av stomien.</p> <p>Forfatterne ønsker å opplyse sykepleiere slik at de er i bedre stand til å hjelpe enkeltpersoner i forbindelse med stomioperasjonen og tiden etterpå.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel.</p>	<p>Artikkelen er basert på 14 utvalgte vitenskapelige artikler.</p>	<p>Resultatene av denne undersøkelsen viser at stomikirurgi kan påvirke individers liv negativt.</p> <p>Dårlig selvbilde og nedsatt livskvalitet ble identifisert.</p> <p>Pasientene opplevde usikkerhet i forhold til de praktiske med skifte på stomien og lekkasje. Samt usikkerhet i forhold til å være sosial og være i aktiviteter. Mange hadde også bekymringer rundt seksualitet og samliv.</p> <p>Forskningen viser viktigheten av å støtte og hjelpe pasienter umiddelbart etter stomioperasjonen.</p> <p>Sykepleien må organiseres slik at fysiske og psykososiale behov inkluderes i omsorgen, for å øke mestring og egenomsorg.</p>

<p><b>Tittel:</b> <i>Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships.</i></p> <p><b>Forfattere:</b> Simmons, K.L., Smith, J.A., Bobb, K.-A., Liles, L.L.M.</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Advanced Nursing</p> <p><b>Årstall:</b> 2007</p>			
<b>Hensikten med studien</b>	<b>Metode</b>	<b>Utvalg</b>	<b>Resultater/funn</b>
<p>Hensikten med studien var å finne ut hvordan stomiaksept, selvhjulpenhet og psykososiale forhold henger sammen med tilpassingen til kolostomien.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>De brukte validerte spørreskjemaer for å måle aksept av stomien, selvhjulpenhet og psykososiale forhold 6 måneder etter operasjonen.</p> <p>De tok i bruk demografisk og klinisk data fra pasientene.</p>	<p>51 pasienter med kolostomi som hadde blitt operert mellom 2000 og 2002.</p> <p>Det var 27 menn og 24 kvinner som deltok i studien.</p> <p>Alder varierte fra 30 til 78 år.</p>	<p>Undersøkelsen viser at selvhjulpenhet i forhold til stomistellet, aksept av stomien og mellommenneskelige forhold var sterkt assosiert med tilpasning.</p> <p>De som aksepterte sin kolostomi, klarte å tilpasse seg bedre livet med stomi. De uttrykte mindre frykt for offentlig forlegenhet og utilstrekkelighet.</p> <p>Lavere nivå av funksjonelle begrensninger og følelse av mer kontroll over sin kolostomi.</p> <p>Forskerne konkluderer med at vektlegging av de psykososiale bekymringene til pasientene bør bli en del av omsorgen som rutinemessig gis til stomipasientene.</p> <p>Forskerne anbefaler at man legger mer vekt på å avskaffe negative tanker og oppmuntre til sosiale interaksjoner.</p>

**Tittel:** *Living with an Ostomy: Women's long term experiences*  
**Forfatter:** Honkala, S. og Berterö, C.  
**Tidsskrift:** Nordic Journal of Nursing, Vård i Norden  
**Årstall:** 2009

<b>Hensikten med studien</b>	<b>Metode</b>	<b>Utvalg</b>	<b>Resultater/funn</b>
<p>Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap og forståelse av hvordan det er å leve med stomi for en kvinne og hvordan stomien påvirker livssituasjonen.</p> <p>Helsepersonell kan bruke denne kunnskapen i praksis, ved å støtte stomi pasientene på deres reise mot forsoningen til ett endret liv og ikke bare tilpasning.</p>	<p>Studien ble gjennomført med en kvalitativ tilnærming.</p> <p>Etter en fortolkende fenomenologisk tilnærming.</p> <p>Data ble samlet gjennom individuelle intervju.</p>	<p>17 kvinner ble intervjuet.</p> <p>Kvinnenes alder var mellom 33 og 80 år.</p> <p>De hadde hatt stomien i mellom 2 og 38 år.</p>	<p>Studien gir kunnskap og forståelse om hvordan det er å leve med stomi, som kvinne.</p> <p>Kvinnene opplevde stomien som en begrensning i det daglige livet.</p> <p>De opplevde lavere verdi som kvinne, mor og attraktiv partner.</p> <p>Kvinnene uttrykte at de hadde lært seg å leve med stomien og var tilfreds med live, selv om det var begrensninger og hindringer.</p> <p>De opplevde livet bedre nå enn før stomien, da de hadde opplevd lidelse i forbindelse med sykdom og frykt.</p>

<b>Tittel:</b> <i>Ostomy patients' perceptions of quality of care</i> <b>Forfatter:</b> Persson. E, Gustavsson. R, Hellström. A, Lappas. G, Hultén. L <b>Tidsskrift:</b> Journal of Advanced Nursing <b>Årstall:</b> 2005			
<b>Hensikten med studien</b>	<b>Metode</b>	<b>Utvalg</b>	<b>Resultater/funn</b>
Hensikten med denne studien var å vurdere kvaliteten på pleien til stomipasienter. Sett fra et pasientperspektiv.	<p>Kvantitativ forskning.</p> <p>Studien benyttet validerte spørreskjema med en 4 punkters tallskala for å vurdere kvaliteten på pleien.</p>	<p>42 ileostomipasienter og 49 kolostomipasienter fullførte spørreskjemaet.</p> <p>Ileostomi pasientene varierte i alder fra 18- 92 år. 25 kvinner og 17 menn.</p> <p>Kolostomipasientene varierte i alder fra 42 – 87 år. 26 kvinner og 23 menn.</p>	<p>Flere av pasientene rapporterte at kvaliteten på pleien ikke oppfylte deres forventninger.</p> <p>Begge gruppene var misfornøyde med informasjonen de fikk om resultater av medisinske undersøkelser og laboratorieprøver.</p> <p>En enda større andel var misfornøyd med muligheten til å delta i beslutningsprosessen i forhold til medisinsk og personlig pleie.</p> <p>Pasientene rapporterte også utilfredsstillelse når det kom til mulighet for å snakke med stomi sykepleier om deres helse, livssituasjon og seksuelle problemstillinger.</p>

## 5 Drøfting

Drøftingen bygger på innhentet faglitteratur og funn i forskningsartiklene. Noen av mine egne synspunkt og erfaringer vil også trekkes inn.

### *5.1 Pasientens forutsetninger for å mestre livet med stomi:*

Pasienten er i en situasjon hvor han har fått diagnostisert en alvorlig, potensielt dødelig sykdom. Stomien kan anses for å være en konsekvens av livreddende behandling, likevel utgjør den en trussel mot både fysisk og psykisk funksjon (Nilsen 2011:108, Simmons m.fl. 2007:628). Det å få en stomi innebærer en stor endring som kan utløse sorgreaksjoner og krise (Nilsen 2011:108). Hendelsen er da så overveldende at den overstiger personens evne til å møte utfordringene eller truslene på en passende måte (Hummelvoll 2012:503). Pasienten kan bli merket av belastningene i kortere eller lengere tid, det kan være fysiske, psykiske og sosiale belastninger (Eide og Eide 2011:167).

Tidligere forskning viser sprikende funn når det gjelder psykososiale konsekvenser etter en stomioperasjon. På den ene siden vet vi at stomidannelsen kan gi psykiske plager for pasienten, da dette problemet er hyppig rapportert (Honkala og Berterö 2009:19, Simmons m.fl. 2007:628). På den andre siden kan det se ut som at pasienter som gjennomgår stomioperasjon på grunn av underliggende kreft, vil tilpasse seg positivt til sin stomi (Brown og Randle 2005:74).

Hos kreftpasienter er det identifisert lidelse før stomioperasjonen, knyttet til årsaken til stomien. Pasientene hadde opplevd en kortvarig men kraftig lidelse. Den var knyttet til trussel og død. Pasientene levde med frykt og angst helt frem til det kirurgiske inngrepet, dermed opplevde de stomioperasjonen som en «redningsmann» (Honkala og Berterö 2009:20). Funnene tilsier altså at stomioperasjonen kan føre til psykiske og fysiske belastninger for pasienten. Imidlertid kan den oppleves som en redningsmann, en konsekvens av livreddende behandling. Operasjonen er løsningen på en truende sykdom, men samtidig vil livet forandre seg mye (Brown og Randle 2005, Honkala og Berterö 2009 og Simmons m.fl. 2007:628).

Funn tyder på at stomiopererte som aksepterte sin kolostomi, tilpasset seg bedre til livet med stomien. De uttrykte mindre frykt for offentlig forlegenhet og utilstrekkelighet, lavere nivå av funksjonelle begrensninger og følelse av mer kontroll over sin kolostomi (Simmons m.fl. 2007:632). Dette kan tyde på at personer som er mer aksepterende ovenfor sin stomi, vil være

mindre redde for sosial avvisning og mer tilbøyelig til å være proaktiv i å søke støtte. Funnene tilsier også at de som søker støtte er mer sannsynlig til å få det, ikke bare av helsepersonell, men også fra deres sosiale nettverk. Tilpasningen til stomien falt i tråd med økende nød i sosiale sammenhenger. De som tilpasset seg dårligere til livet med stomi syntes det var vanskelig å avsløre sine følelser og sosialisere (ibid.). Annen forskning underbygger dette, da det er vist at den sosiale støtten pasientene fikk fra familie og venner, var grunnleggende for deres tilpasning til livet med stomi (Brown og Randle 2005: 78).

De pasientene som oppfattet en mindre endring i kroppsbilde tilpasset seg lettere livet med stomi sammenlignet med de som opplevde en mer dramatisk endring i kroppsbildet. Stomiegenomsorg ble funnet å være den viktigste variabelen for å forutsi positiv tilpasning til livet med stomi (Brown og Randle 2005:78). Pasienten tapte kontrollen over avføring og tarmgass gjennom stomioperasjonen, på bakgrunn av dette skjønner vi at stomiegenomsorg er en viktig faktor for mestring (Nilsen 2011:109). Det er viktig at sykepleier sørger for at pasienten får tilstrekkelig kompetanse til å håndtere sin kolostomi (Simmons 2007:632).

Det er ulike utfordringer knyttet til å få en stomi. Pasienten må gjennom en kroppslig tilpasning. Dette omhandler den praktiske håndteringen av stomien, som for eksempel å stelle den selv. Samtidig går pasienten gjennom en psykologisk tilpasning, som innebærer sorgreaksjoner på grunn av tap av en legemsdel eller et endret kroppsbilde. Tilpasningen fortsetter med aksept og tilpasning til en forandret kropp og et endret selvbilde (Honkala og Berterö 2009:19). Ikke alle klarer å godta og akseptere forandringene, men de fleste lever et godt liv etter hvert (Nilsen 2011:109). Mine erfaringer tilsier at den kroppslige tilpasningen og den psykologiske tilpasningen vil gå hånd i hånd. En pasient jeg møtte i praksis orket ikke å ta stilling til sin kolostomi og nektet tidvis å stelle den selv. Jeg tenker at denne pasienten hadde utfordringer med den psykologiske tilpasningen, som igjen kan ha preget pasientens evne og vilje til å lære å stelle stomien selv.

Pasienten trenger kunnskap om stomien, stomistellet, stomiutstyr, komplikasjoner, og hvordan det er å leve med stomi for å kunne mestre livet videre (Nilsen 2011:103). I min praksis på gastrokirurgisk avdeling satt jeg igjen med et inntrykk av at det var samtaler rundt livet med stomi pasientene oftest etterlyste.

## *5.2 Psykososiale faktorer som påvirker pasientene etter stomioperasjonen*

Forskning antyder at stomidannelsen har en negativ innvirkning på pasientens livskvalitet og påvirker livsstilen på en rekke måter. Kunnskap om problemer og utfordringer som stomipasienter opplever etter en stomioperasjon kan hjelpe sykepleier å planlegge omsorgen på en individualisert måte. De må reflekteres over og vurderes når man gir sykepleie til stomipasienter (Brown og Randle 2005:74,79).

Tidligere kunnskap viser at pasienter med stomi rapporterer at de har gjennomgått en endring i kroppsbilde som følge av stomioperasjonen (Brown og Randle 2005:76).

Kroppsoppfatningen er beskrevet som bilde av kroppen slik den fremtrer innenfor oss selv, eller slik vi opplever den (Price 1995:170), det er altså pasientens egen opplevelse. I en studie av kvinner med stomi, kommer det frem at de føler lavere verdi som kvinner, som mor og som attraktiv partner eller kone. Sammenlignet med andre «sunne» kvinner følte de seg annerledes (Honkala og Berterö 2009:21). En annen studie fant at pasienten kunne ha en følelse av fremmedgjøring fra kroppen i form av å føle seg annerledes etter operasjonen, ha mindre selvrespekt og selvtillit (Brown og Randle 2005:76).

I den vestlige kulturen er en slank og vakker kropp gjerne idealet for mange og man legger stor vekt på et attraktivt utseende (Brown og Randle 2005:76, Solvoll 2011:20). Hvordan pasienten tenker og føler om kroppen sin, hvordan han synes han ser ut og hvordan han ønsker å fremstå påvirker hvordan han ser på seg selv (Nilsen 2011:108). Å leve med stomi påvirker personens bilde av seg selv. Denne erfaringen kan ses på som både fysisk og psykisk. På grunn av stomien ser de ikke ut som alle andre «normale». Dette kan ha effekt på hvordan de kler seg og hvilke aktiviteter de ønsker å delta i. Psykisk kan stomien gjøre at de føler seg syke og ikke klarer å gjøre alt de ønsker. Dette kan føre til lavere selvfølelse (Honkala og Berterö 2009:21).

Lyd og lukt er ofte beskrevet som det mest plagsomme i livet med stomi (Nilsen 2011:124). Dette støttes av forskning, stomiopererte kvinner rapporterte at de ønsket å fremstå rene og attraktive. Stomien førte til at de følte ubehag, de følte seg ikke rene og følte at de hadde mindre verdi (Honkala og Berterö 2009:21). I vårt samfunn er det ofte knyttet tabuholdninger til avføring. Det er forventet at vi skal holde oss renslige og lyd og lukt skal vi holde for oss selv (Nilsen 2011:108).

Det kan virke som det er ekstra utfordrende for stomipasientene å håndtere lyd og lukt nettopp på grunn av at det i vår kultur er så viktig å være rene og attraktive, og ikke skape noe sjenerende lukt. Forskning tilsier at frykten for lukt og lekkasje kan hindre pasientene i å gjøre hverdagslige ting, som å reise med bussen, delta i ulike sosiale aktiviteter eller gå på shopping (Honkala og Berterö 2009: 21). Denne redselen eller motviljen kan igjen føre til psykososiale problemer (Nilsen 2011:109).

Stomiens innvirkning på seksuallivet er godt kjent og flere av studiene jeg har med i oppgaven belyser dette temaet (Brown og Randle 2005, Persson m.fl.2005). Seksualitet er nært knyttet til kroppsbilde, og mange stomipasienter er bekymret for seksuelle problemer (Brown og Randle 2005:77). I en studie rapportert 43 % av pasientene at de hadde seksuelle problemer etter stomioperasjonen. En annen studie viste at ikke alle pasientene hadde gjenopptatt seksuell aktivitet 12 uker etter operasjonen. De som ble intervjuet mente at deres seksuelle attraktivitet hadde avtatt etter at de fikk stomien. De fant imidlertid at pasientenes partnere ikke delte denne oppfatningen (Brown og Randle 2005:77).



### *5.3 Hva kan sykepleier bidra med for å fremme mestring:*

Stomianleggelsen kan utløse en krisereaksjon. Pasienten kan være i krise både på grunn av sykdommen og behandlingen (Stubberud og Nilsen 2011:432). I denne oppgaven møter sykepleierne pasienten i tidlig postoperativ fase. Man vil derfor anta at pasienten befinner seg et sted i de to første krisefasene, sjokkfasen og reaksjonsfasen.

Sjokkfasen kan gi seg utslag på forskjellige måter, det kan dreie seg om uvirkelighetsfølelse, apati, benektelse, vansker med å ta inn og bearbeide informasjon, kroppslige stressreaksjoner og endret tidsopplevelse (Hummelvoll2012:509). Reaksjonsfasen kan kjennetegnes av frykt og sinne, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst, angst og depressive fortvilelser. Ulike forsvarsmekanismer som for eksempel benektelse, undertrykkelse, fortrenkning, isolasjon og regresjon kan også settes i verk (ibid.).

Reaksjonene kan dermed føre til at pasienten ikke er mottakelig for informasjon og i verste fall ikke klarer å oppfatte informasjonen som blir gitt på grunn av undertrykking av egne følelser og reaksjoner. Noen neglisjerer stomien i lenger eller kortere tid, andre kan bli overdrevent opptatt av sitt eget utseende (Nilsen 2011:108). I møte med den nyopererte pasienten er det derfor viktig at sykepleier har kjennskap til de psykiske reaksjonene og forsvarsmekanismene. Hun må møte pasientene og disse reaksjonene med en åpen og lyttende holdning, og bruke kunnskapen for å tilrettelegge og følge opp best mulig (Eide og Eide 2011:179, Nilsen 2011:108,114). Sykepleierne trenger kunnskap om vanlige krisereaksjoner, mestring av stress, og hvordan reaksjonene påvirker pasientens mulighet til å ta imot undervisning og veiledning (Nilsen 2011:103).

Lidelsen rundt sykdommen som fører til stomidannelsen, danner plattformen og utgangspunktet for de erfaringene pasientene gjør seg i forhold til å leve med stomi (Honkala og Berterö 2009:20). Altså har forutsetningene til pasienten før han får stomien betydning for det videre forløpet. Alder, sykdom, bakgrunn og erfaringer er faktorer som sykepleieren må ta i hensyn til i arbeidet med stomipasienten. Det vil si at en pasient som har fått stomien på grunn av kreft vil ha andre forutsetninger enn pasienter som har fått stomien på grunn av alvorlig kronisk betennelse, slik som Crohns sykdom og ulcerøs kolitt. Kreftpasientene har hatt en mer kortvarig sykdom, nylig fått diagnosen kreft og fått vite at operasjonen kommer til å føre til stomi (Nilsen 2011:109). Pasientens plattform for mestring og tilpassing vil altså være svært individuell, og kunne variere mye også innenfor spekteret av pasienter med samme grunndiagnose.

Dersom pasienten har fått god informasjon før operasjonen, kan den postoperative perioden være lettere for pasienten. Han har da bedre forutsetninger for å forstå og delta aktivt i opplæringen postoperativt. Pasienten kan imidlertid være i sjokk over kreftdiagnosen, og ikke klare å ta stilling til stomien før etter operasjonen (Nilsen 2011:109).

Hummelvoll snakker om viktigheten av det han kaller sykepleier-pasient-fellesskap. Dette fellesskapet er avhengig av gjensidig tillit og åpenhet for at de skal være betydningsfullt i bedringsprosessen til pasientene. For at man i sykepleieprosessen skal kunne kombinere forståelse og forklaring i forhold til pasientsituasjonen, må man utvikle et samarbeid og et fellesskap med pasienten. Gjennom dette samarbeidet kan man ta utgangspunkt i pasientens perspektiver og funksjonsevne, søke å klarlegge pasientens problemer og funksjonsvansker og lete etter måter å møte disse på (Hummelvoll 2012:38).

Samtalen er grunnleggende i utviklingen av en tillitsfull relasjon. Dersom pasienten blir møtt av en lydhør, oppmerksom og forstående hjelper kan det bidra til at han skjønner seg selv bedre og kan se seg selv på nytt gjennom lytterens forståelse. Dermed har relasjonen i seg selv en mulighet til heling og til å få grep om situasjonen (Hummelvoll 2012:437). Forskning understreker dette. Ved å danne et fundament av aksept for hele mennesket kan pasientene føle at de kan stille spørsmål og søke hjelp. Dersom sykepleier gir mulighet for åpen og generell kommunikasjon for pasientene, er det mer sannsynlig at positive følelser vil bli styrket for denne gruppen pasienter, som typisk har motstridende følelser (Brown og Randle 2005:79).

Sykepleier bør oppmuntre pasienten til å uttrykke sine følelser og søke rådgivning etter behov (Brown og Randle 2005:79). Den første tiden med stomi er viktig. Dersom pasienten møtes med en medmenneskelig og aksepterende holdning denne tiden, kan det bidra til å gi ham tryggheten han trenger for å bygge opp et nytt godt selvbilde (Nilsen 2011:116). Trening kan være nødvendig for at sykepleier skal føle seg trygg på å bruke ferdigheter som samtale og veiledning for pasientene (Brown og Randle 2005:80).

Pasienten kan gjerne være usikker og lure på om alt er som det skal første gang man skal se på stomien. Noe ønsker å se stomien med en gang, mens andre gruer seg og trenger tid før de orker å se den (Nilsen 2011:116). Forskning identifiserte følelser av avsky og sjokk blant de stomiopererte, de var spesielt i forbindelse med å se stomien første gang (Brown og Randle 2005:76). Sykepleieren må respektere pasientens reaksjoner og ta utgangspunkt i den reaksjonsmåten den enkelte pasient bruker. Dersom pasienten ikke viser interesse, kan

sykepleier forsøke å skape nysgjerrighet. Det kan blant annet gjøres ved å beskrive hvordan stomien ser ut (Nilsen 2011:116).

Mine funn tyder på at pasientens inkludering i beslutningsprosessen preoperativt er en indikasjon for å kunne tilpasse seg livet med stomi (Brown og Randle 2005:80). Jeg tenker at dette også vil være en viktig faktor i arbeidet postoperativt. Pasientrollen har vært gjennom en gradvis endring, fra en passiv til en mer aktiv rolle. Helsehjelp bør derfor så langt som mulig gis i nært samarbeid med pasientene (Persson m.fl. 2005:56). Mer enn halvparten av pasientene i en studie var misfornøyde med muligheten til å delta i beslutningsprosessen i forholdt til medisinsk- og personlig pleie (ibid.). Det er vist at assosiasjoner mellom opplevd kontroll og fysisk helse eksisterer ved at helsen er bedre hos de pasientene som har større oppfattet kontroll over sin sykdomsprosess. Sykepleieren kan fremme pasientens beslutningsprosess og opplevde kontroll ved å lytte aktivt til pasienten og oppmuntre til innspill (Brown og Randle 2005:80). Tydelig og klar kommunikasjon er en forutsetning for at pasientene skal kunne medvirke og være aktivt involvert i behandlingen (Brown og Randle 2005:80, Persson 2008:183). Det er også viktig at sykepleier og pasient har samme språk. Selv om sykepleieren og pasienten snakker om samme fenomen, kan det ikke antas at betydningen og forutsetningene er felles. Funntyder på at pasienter med oppfattet større nivå av støtte, opplever færre problemer (Brown og Randle 2005:80).

Vi har kunnskap om at mange pasienter opplever negative følelser postoperativt etter stomioperasjonen. Det er imidlertid avhengig av grunnen for operasjonen (Brown og Randle 2005:79). Det er viktig at psykososiale faktorer blir vektlagt i pleien (Simmons m.fl. 2007:632). Sykepleieren må være klar over at pasientene vil reagere ulikt og at deres reaksjoner kan endre seg over tid. Dersom enkeltpersoner opplever et endret kroppsbilde etter stomioperasjonen, er det viktig at pasientene støttes. Dette er spesielt relevant da det er antydning at dårlig psykososial tilpasning til stomien kan korrelere til depresjon (ibid.). Sykepleien bør være organisert slik at pasienten får sine fysiske og psykososiale behov dekket for å styrke mestring og egenomsorg. Det vil si, dersom stomipasienten står i fare for å utvikle psykososiale problemer, noe som litteraturen tyder på, bør sykepleieren vurdere å intervensjon tidlig i behandlingen (Brown og Randle 2005:80).

En utfordring for pasientene kan være lyd og lukt. Det lukter ofte spesielt sterkt fra stomiskiftet de første gangene. Sykepleieren bør sette ord på problemet med lukt istedenfor å vise ubehag ubevisst gjennom kroppsspråket. Det kan skape en åpenhet og pasienten kan få

mulighet til å uttrykke noen av sine tanker, spørsmål eller reaksjoner dersom han ønsker dette (Nilsen 2011:116) Kostholdsråd og andre tiltak kan være med på å begrense både ubehageligheter med lyd og lukt (Nilsen 2011:124).

Forskning har foreslått at hos personer som får sin stomi på grunn av kreft, vil endringen i kroppsbildet knyttes til mottaket av kreftdiagnosen, kirurgi og de ulike behandlingene pasienten får som for eksempel cellegift og strålebehandling (Brown og Randle 2005:77). Stomiopererte rapporterte i en studie at det ikke følte de hadde en normal kropp lenger (Honkala og Berterö 2009:22). Price beskriver kroppsoppfatningen ut fra tre komponenter. Kroppsidealet er et mentalt bilde av hvordan kroppen bør se ut, føles og oppføre seg. Kroppsrealiteten er hvordan kroppen virkelig ser ut og kroppspresentasjonen er hvordan kroppen tilpasses og presenteres for andre (Price 1995:170). Kroppsidealet vil være påvirket av kulturens syn på hvordan kroppen skal se ut. Det endrede kroppsbildet er ikke bare fysisk, altså hvordan kroppen ser ut, føles og oppfører seg etter operasjonen, men også psykologisk, siden det innebærer et mentalt bilde som den endrede kroppen gir pasientene (Honkala og Berterö 2009:22).

Kroppsforandringene etter operasjonen kan føre til at pasienten føler seg mindre attraktiv. Dette kan gjøre at han ikke klarer å innlede eller gjenoppta et seksuelt forhold. Funn fra en studie viser at en betydelig andel av pasientene regnet muligheten til å diskutere seksuelle problemstillinger med stomisykepleieren som utilfredsstillende (Persson m.fl. 2005:56) Tidligere studier tyder på at sykepleieren ofte ser på begrepet seksualitet som uviktig og ikke innenfor deres ansvarsområde. På bakgrunn av dette ser vi at sykepleieren trenger opplæring om hvordan de skal håndtere spørsmål om seksualitet for bedre å kunne gi informasjon, støtte og praktiske råd til stomipasienter (Persson m.fl. 2005:56,57).

Det kan være vanskelig å finne en passende anledning til samtale om seksualitet og samliv. Den postoperative perioden er kort og det er mye informasjon å ta i mot for pasienten (Nilsen 2011:125). Ut fra forskningsfunnene ser vi likevel viktigheten av at sykepleieren eller stomisykepleieren informerer og snakker med pasientene om seksualitet og samliv. En samtale eller diskusjon rundt seksualitet begynner ofte med at man «underviser» pasienten om seksualitet og hvordan det normalt er fysisk og psykisk (Berndtsson2008:194). Det kan tenkes at partner eller ektefelle også har tanker og spørsmål knyttet til dette, sykepleier bør oppmuntre og legge til rette for at de deltar i den informasjonen som blir gitt. Dersom partner

i tillegg ser stomien mens pasienten fremdeles er på sykehuset kan det være enklere for pasienten å vise seg senere også (Nilsen 2011:125).

Ut ifra forskningen ser vi at flere pasienter var misfornøyde med informasjonen de fikk på sykehuset. Dette gjaldt spesielt informasjon angående hvem som var ansvarlig lege for dem, medisinske undersøkelser og laboratorieresultater, kosthold, kirurgisk prosedyre og resultater av den kirurgiske prosedyren (Persson m.fl. 2005:54). Informasjon er en viktig brikke for at pasientene ikke skal føle seg usikre. Usikkerheten kan forstyrre pasientens prosess mot å finne mening i sykdommen, og i dette tilfellet i den endrede livssituasjonen. Det kan skape en mer truende og stressende situasjon (Persson 2008:182).

Informasjon gitt om medisinske undersøkelser og testresultat ble vurdert som utilstrekkelig av en tredjedel av kolostomipasientene. Den ansvarlige kirurgen er nøkkelpersonen til å gi denne informasjonen. Et tett samarbeid mellom sykepleieren og kirurgen er en forutsetning for å forbedre pasientens oppfatning av gitt informasjon (Persson m.fl. 2005:56). Sykepleier kan da gjenta og forklare informasjonen som kirurgen har gitt, det kan gjøre det lettere å forstå, eller bli gitt en gang pasientene er mer mottagelig. Kunnskap får en positiv betydning for pasienten når han opplever den som meningsfull. Det er derfor viktig hvordan sykepleiere underviser. Ved en formell og belærende undervisningsform kan det vekke motvilje og aversjon hos pasienten. En uformell samtaleform vil på den andre siden kunne gi pasienten følelse av å være i dialog og gi ham bedre muligheter for å tilegne seg kunnskapen (Nilsen 2011:116). Informasjonen må tilpasses den enkelte pasient. Sykepleier må ha god evne til innleving og ha god kunnskap om mennesker i krise og sorg (ibid.:110).

Som nevnt ble det i en studie funnet at tilpasningen til livet med stomi falt med økende nød i sosiale sammenhenger (Simmons m.fl. 2007:632). Flere av problemene jeg har drøftet over, som lyd, lukt og lekkasje, forandret kroppsbilde og selvbilde kan gjøre at den stomiopererte er spent på hvordan omgivelsene vil reagere. Forskning tilsier også at frykten for lukt og lekkasje kan hindre pasienten i å gjøre hverdagslige aktiviteter. Pasienter rapporterte i en studie at side de så annerledes ut, foretrakk de å unngå situasjoner hvor de følte seg utsatt (Honkala og Berterö 2009:21). Det er anbefalt at man legger mer vekt på å avskaffe negative tanker og oppmuntre til sosiale interaksjoner (Simmons m.fl. 2007:627). Sykepleier bør oppmuntre pasienten til å vise omverdenen at han fortsatt fyller sine sosiale roller, selv om han har fått stomi. Han bør oppmuntres til å tenke gjennom hva han ønsker å fortelle om

sykdommen og stomien til andre. Imidlertid må sykepleieren også forberede pasienten på at han kan bli avvist når han snakker om stomien (Nilsen 2011:126).

Sykepleier kan organisere et møte med et annet menneske som lever med stomi, dersom pasienten ønsker dette. Ved å se at personen går i vanlige klær og er fullt oppegående kan det være lettere for pasienten å akseptere situasjonen (Nilsen 2011:110). Norilco tilbyr slike besøktjenester, det er viktig at sykepleier informerer om dette (Norilco 2012).

Funn antyder at stomianleggelsen som regel har en negativ innvirkning på en persons livskvalitet (Brown og Randle 2005:75). Livskvalitet kan defineres som opplevelsen av lykke eller tilfredshet med livet innenfor områder som er viktige for den enkelte. Det trenger derfor ikke bety fravær av sykdom. Sykepleieren må tilegne seg kunnskap og forståelse av hva livskvalitet er for den enkelte pasient, da opplevelsen av livskvalitet er unik for hvert individ. Livskvaliteten vil også påvirkes av opplevelser, miljø og erfaringer. Når pasienten får en stomi, kan det dannes et gap mellom oppfattet livskvalitet og livskvalitetsmålene (Carlsson og Berndtsson 2008:156). Sykepleieren må da hjelpe pasienten på veien mot å mestre sykdommen og oppnå god livskvalitet igjen. Livskvaliteten kan forbedres ved at pasienten tilpasser seg situasjonen, oppnår livskvalitetsmålene eller justerer på kravene eller forventningene sine (Carlsson og Berndtsson 2008:156).

## 6 Konklusjon:

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleieren kan bidra til mestring hos pasienter med nylig anlagt stomi i det postoperative forløpet.

Pasienter med nyanlagt stomi kan oppleve en krise både på grunn av kreftdiagnosen og stomidannelsen. I tidlig postoperativ fase kan man anta at pasienten befinner seg i de to første krisereaksjonene, sjokkfasen og reaksjonsfasen. Pasientens reaksjoner vil påvirke hvor mottakelig han er blant annet for informasjon og veiledning. Dette, i tillegg til at den postoperative fasen er kort og det er mye pasienten skal gjennom, kan være en utfordring for sykepleier i arbeidet med den stomiopererte.

Forskning viser at nyopererte pasienter kan streve med flere psykososiale problemer etter stomioperasjonen. Utfordringer knyttet til endret kroppsbilde, sosiale aktiviteter, seksualitet og samliv og lyd, lukt og lekkasje er hyppig rapportert og kan føre til nedsatt livskvalitet hos pasienten. Endringene etter stomioperasjonen kan føre til store bekymringer for pasienten, og det er viktig at sykepleierne er lydhøre for disse. Reaksjonene etter stomioperasjonen er imidlertid avhengig av pasientens forutsetninger før operasjonen. Sykepleier må være klar over at pasientene vil reagere ulikt og at deres reaksjoner kan endre seg over tid.

Det er viktig at sykepleieren bidrar til at pasienten får kompetanse til å håndtere stomien selv. Imidlertid, som mine funn viser, må psykososiale utfordringer og problemer vektlegges i omsorgen gitt til stomipasientene. Ved at pasienten får sine fysiske og psykiske behov dekket, kan man styrke pasientens mestring og egenomsorg. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig. Ved å danne et fundament av aksept for hele menneske kan pasientene føle at de kan stille spørsmål og søke hjelp. Relasjonen kan også bidra til å styrke positive følelser for stomipasientene, som typisk har motstridende følelser.

Informasjon, pasientmedvirkning og samtaler vedrørende seksuelle bekymringer er viktig. De ble likevel vurdert utilfredsstillende av pasientene. Sykepleieren må være bevisst på dette i sitt arbeid. Sosial støtte er funnet å være viktig for å mestre livet med stomi. Sykepleier må snakke med pasienten om hvordan han tenker at møte med omverdenen kommer til å bli.

Sykepleiere er unikt posisjonert for å kunne hjelpe pasientene til å akseptere sitt nye kroppsbilde og vellykket tilpasse seg stomien. Men for at sykepleier skal oppnå dette kreves det tilstrekkelig kunnskap om stomi, krisereaksjoner, mestringsstrategier og sykepleie til stomipasienter. Trening kan også være nødvendig for at sykepleieren skal føle seg trygg på å

bruke ferdigheter som for eksempel veiledning av pasientene. Kunnskap om problemer og utfordringer som stomipasienter opplever etter en stomioperasjon er også viktig, og kan hjelpe sykepleieren å planlegge omsorgen på en individualisert måte.



## Litteraturliste:

Berndtsson, I. (2008). Sexualitet och fertilitet. I: E. Persson, I. Berndtsson og E. Carlsson (red.). *Stomi- och tarmopererad: Ett helhetsperspektiv*. (u.s): Studentlitteratur.

Brown, H. og Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 14 (1):74-81. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x

Carlsson, E. og Berndtsson, I. (2008). Hälsa och sjukdom. I: E. Persson, I. Berndtsson og E. Carlsson (red.). *Stomi- och tarmopererad. Ett helhetsperspektiv*. (u.s): Studentlitteratur.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. og Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, Etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2012). Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2012). Analyse af forskellige former for tekstmateriale. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Glasdam, S. (red.) (2012). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Honkala, S. og Berterö, C. (2009). Living with an ostomy: Women's long term experiences. *Vård i Norden*, 29 (2):19-22. Hentet fra Cinahl.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hørmann, E. (2012). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Kreftregisteret. (2013). *Nasjonalt Kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft*. Hentet 19. februar 2014 fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Tykk-ogendetarmskreftregisteret/>

Kristoffersen, N.J. (2011). Stress og mestring. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: springer.

Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Nilsen, C. (2011). Sykepleie til pasienter med stomi. I: H. Almås, D.G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 2*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norilco [2012]. *Hva er stomi?* Hentet 12. februar 2014 fra:

<http://www.norilco.no/omstomi.asp?meny=3>

Norilco [2012]. *Besøktjeneste*. Hentet 12. februar 2014 fra:

<http://www.norilco.no/besok.asp?meny=5>

Persson, E. m.fl. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 49 (1):51-58. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03263.x

Persson, E. (2008). Psykososiale aspekter på en förändrad livssituation. I: E. Persson, I. Berndtsson og E. Carlsson (red.). *Stomi- och tarmopererad: Ett helhetsperspektiv*. (u.s.): Studentlitteratur.

Persson, E. (2008). Stomier. I: E. Persson, I. Berndtsson og E. Carlsson (red.). *Stomi- och tarmopererad: Ett helhetsperspektiv*. (u.s.): Studentlitteratur.

Price, B. (1995). Assessing altered body image. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2 (3):169-175. doi: 10.1111/j.1365-2850.1995.tb00052.x

Simmons, K.L. m.fl. (2007) Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing* 60 (6):627-635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x

Solvoll, B.A. (2011). Identitet og egenverd. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.G. og Nilsen, C. (2011). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I: H. Almås, D.G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.