



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

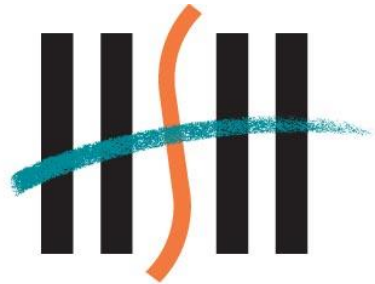
Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl 14.00

Kandidatnr.: **46**

Antall ord: 8661

# Stomi og Livskvalitet



**H Ø G S K O L E N   S T O R D / H A U G E S U N D**

Bachelorutdanningen i sykepleie, Avdeling for helsefag

Haugesund, Februar 2014

Kull 2011

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Etter min praksis periode på kirurgisk avdeling fikk jeg oppleve at anleggelse av stomi var utfordrene for mange pasienter. Årlig er det rundt 8-10 000 personer som får anlagt stomi i Norge. Det er derfor viktig å ha god kunnskap om temaet. Som sykepleier kan du møte pasienter med stomi i mange ulike situasjoner i helsevesenet.

**Problemstilling:** Hvilke utfordringer kan pasienter med stomi møte og hvordan kan livskvaliteten deres fremmes?

**Hensikt:** Oppgaven har hensikt i å løfte fram hvilke utfordringer en person med stomi møter og hva jeg som sykepleier må fokusere på i den postoperative fasen for å bidra til å øke livskvaliteten.

**Metode:** Det er brukt litteraturstudie som metode, og litteraturen er valgt ut i fra ett kritisk syn. Det ble valgt ut totalt fem kvalitative forskningsartikler, samt valgt ut fagartikler, pensum og annen relevant teori for å belyse problemstillingen.

**Funn:** Det ble funnet en rekke utfordringer som kan påvirke livskvaliteten etter stomianleggelse. Blant annet utrygghet, høy forekomst av komplikasjoner, lite kunnskap som følge av mangelfull informasjon, føle seg annerledes i forhold til andre samt vanskeligheter i seksuallivet.

**Oppsummering:** Stomianleggelse kan ha negativ innvirkning på livskvaliteten. Frykt for lyder, lukter og lekkasje kan hindre personer fra å delta i både sosiale sammenhenger og arbeidslivet. Den nye hverdagen er preget av planlegging og tilrettelegging. Sykepleieren må være bevisst på at alle har individuell opplevelse av å få stomi. For noen kan det være en stor belastning, mens andre derimot kanskje en lettelse. Sykepleieren må legge til rette for åpen kommunikasjon med pasienten, samt å gi god informasjon/opplæring for å forebygge komplikasjoner.

## Abstract

**Background:** In my practice period on the surgical ward, I got to experience that stoma was challenging for many patients. Annually, there are around 8-10 000 people who get a stoma in Norway. It is therefore important to have good knowledge about this topic. As a nurse, you may encounter patients with a stoma in many different situations in health care.

**Question :** What challenges can patients with stoma meet and how can their quality of life be promoted?

**Purpose:** The study is intended to draw attention to the challenges that a patient with an ostomy meets and what the nurse must focus on in the postoperative phase to help increase the quality of life for the patient.

**Method:** Literature is used as a method. The literature is chosen based on a critical view. It was selected a total of five qualitative research articles, as well as a selection of professional articles, curriculum and other relevant theory to elucidate the problem.

**Findings:** A number of challenges was found that may affect the quality of life for stoma. Among other things, insecurity , high rates of complications , little knowledge as a result of inadequate information, feeling different compared to others and difficulties in sexual life.

**Summary :** Stoma can adversely affect quality of life. Fear of noises, smells and leakage can prevent people from participating in both social and work life. The new life is affected by planning and organizing. The nurse must be aware that all persons have individual experience of getting a stoma. For some it can be a big burden, for others however, it may be a relief. The nurse must have an open communication with the patient, and provide good information/training to prevent complications.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.....	6
1.4 Begrepsavklaring .....	7
1.4.1 Livskvalitet.....	7
1.4.2 Stomi.....	7
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>8</b>
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	8
2.2 Livskvalitet .....	9
2.3 Stomi .....	10
2.3.1 Colostomi .....	10
2.3.2 Ileostomi.....	10
2.4 Pasientens utfordringer.....	10
2.5 Fra sykehuset til hjemreise.....	11
2.6 Kommunikasjon med pasienter .....	11
2.7 Undervisning og veiledning.....	11
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Hva er metode.....	13
3.2 Litteraturstudie som metode .....	13
3.3 Metodekritikk .....	13
3.4 Litteratursøk.....	14
3.5 Kildekritikk.....	14
3.6 Ethiske aspekter i forskningen .....	15
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>16</b>
4.1 Hovedfunn .....	18
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>19</b>
5.1 Mangelfull informasjon og undervisning.....	19
5.2 Følelse av å være annerledes .....	23
5.3 Vanskeligheter i seksuallivet .....	26
<b>6.0 Avslutning</b> .....	<b>28</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>
<b>Vedlegg I. Søketabell</b> .....	<b>33</b>
<b>Vedlegg II. Sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel</b> .....	<b>34</b>
<b>Vedlegg III Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning</b> .....	<b>38</b>
<b>Vedlegg IV Sjekkliste for vurdering av randomisert kontrollert studie</b> .....	<b>42</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av mitt tema er basert på min interesse og erfaringer angående stomi. Jeg har vært i praksis på kirurgisk, gastrologisk avdeling i åtte uker og har etterfølgende hatt helgestilling på avdelingen. På avdelingen møtte jeg ofte pasienter som får anlagt både planlagt og akutt stomi, og mitt syn er at det er en stor utfordring og omveltning av livet. Det å få anlagt stomi er en vanlig operasjon som ofte utføres når man for eksempel har kreft i colon og de som for eksempel har ileus, ulcerøs colitt eller morbus crohn. Operasjonen kan utføres på to måter, permanent- og midlertidig stomi. I Norge er det rundt 8-10 000 stomiopererte årlig, og av det utgjør kun 7% av urostomi, mens derimot 93% for ileo- og colostomi (Norilco, u.å).

Mange pasienter har problemer med å tilpasse seg den nye hverdagen både psykisk og fysisk. Bekymringer angående lekkasje, lukt og lyder er stadig ett problem. Dette kan føre til sosiale begrensninger og verstefall isolering. Mange har forskjellige syn på dette å få en ”pose” på magen, og oftest anses det som skummelt og avskyelig. For noen kan det være en ekstra påkjenning i tillegg til alt som følger med sykdommen. For andre kan det være en lettelse da de blir kvitt tidligere problemer. Det å få stomi er en omveltning i livet og det er derfor viktig å kunne gi dem den omsorgen og støtten de trenger. Stomi og livskvalitet er et tema som interesserer meg og har lyst til å lære mer om. Min mening er at sykepleieren må forberede pasienten på utfordringer, da dette kan fremme livskvaliteten.

## 1.2 Problemstilling

*- Hvilke utfordringer kan pasienter med stomi møte og hvordan kan livskvaliteten deres fremmes?*

## 1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.

Problemstillingen min har hovedfokus på pasientens opplevelser og utfordringer etter stomianleggelse. Jeg ønsker å vektlegge permanent ileostomi og colostomi likt, da fokuset er på livskvaliteten til pasienter i den postoperative fasen. Den postoperative sykepleier er uavhengig av informasjonen som blir gitt preoperativt. Urostomi omtales ikke da min erfaring er fra gastrologisk og også fordi denne operasjonen ikke utføres på det aktuelle sykehuset. Pasientene har ingen andre tilleggs sykdommer og pårørende i denne sammenhengen omtales ikke, ettersom hovedfokuset er på pasienten selv. Jeg har valgt å ha fokus på voksne kvinner og menn, da det flest eldre som får stomi. Oppgaven har som hensikt i å løfte fram hvilke utfordringer en person med stomi møter, og hva jeg som sykepleier må fokusere på i den postoperative fasen for å bidra til å øke livskvaliteten.

## **1.4 Begrepsavklaring**

### **1.4.1 Livskvalitet**

To viktige målsettinger i sykepleien er livskvalitet og velvære. Når bedret livskvalitet og velvære står sentralt, så kan pasientens egen opplevelse av situasjonen bli vektlagt. Begrepet livskvalitet kan også gi positive assosiasjoner både hos pasient og sykepleier, og dette opptar pasientene fordi disse begrepene vider dem muligheter for fremtiden (Rustøen, 2010).

WHOQOL group i 1998 definerte livskvalitet som:

Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og det verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være, og hva de er opptatt av (Wahl & Hanestad, 2007 s.31).

### **1.4.2 Stomi**

Begrepet stomi betyr åpning eller munn på gresk og ordet brukes om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen – enten mellom to hulorganer, eller fra ett hulorgan og ut på huden. Det er ulike årsaker til anleggelse av en stomi, og det finnes forskjellige typer - kolostomi, ileostomi, appendikostomi og urostomi (Nilsen, 2010).

## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Det å få stomi er en stor omveltning på livet og medfører mange forandringer og nye utfordringer i hverdagen. Det krever at en har god innsikt i sin situasjon og at en klarer å ta vare på seg selv i den nye hverdagen både psykisk og fysisk. Derfor anser jeg valget av Dorothea Orem's egenomsorgsteori som relevant da god egenomsorg kan bidra til å takle utfordringer og til å øke livskvaliteten.

Dorothea Orem er en forfatter som har hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen i mange land, deriblant Norge. I Orem's syn bør sykepleiens mål være at mennesket skal få dekket terapeutiske egenomsorgskrav ved egen eller andres hjelp. I en situasjon som krever tilpasning til en ny og endret livssituasjon bør sykepleierens overordnede mål å fremme menneskets normalfunksjon, helse, velvære og utvikling (Kristoffersen, 2005).

Orem (1995) peker på at utviklingen av egenomsorg er tett knyttet til forhold og hendelser som oppstår i ulike faser av livsløpet. Kristoffersen (2005) skriver at sykepleie er rettet mot forholdet mellom menneskets egenomsorgskapasitet og kravene til terapeutisk egenomsorg som er nødvendig for å fremme helse, velvære og normalfunksjon. Orem har fem hjelpemetoder som sykepleieren må ta i bruk for å møte pasientens terapeutiske egenomsorgskrav: 1) Å gjøre noe eller handle for hverandre. 2) Å veilede og rettlede hverandre. 3) Å sørge for fysisk og psykisk støtte. 4) Sørge for omgivelser som fremmer utvikling. 5) Å undervise (Kristoffersen, 2005).

Orem til definerer egenomsorg slik:

Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Omsorg for andre er et voksent menneskes bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksnes sosiale gruppe (Oversettelse av Kristoffersen, 2005 s. 39).

Orem (1995) hevder at hos friske personers egenomsorg er sentralt for å kunne forebygge sykdom og dårlig helse. Å opprettholde menneskelig struktur og funksjon er en viktig forutsetning for å fremme egenomsorgen ved sykdom. I tillegg er det viktig fremme utvikling som bidrar til rehabilitering. Sykepleieren skal kompensere for manglende egenomsorg og utvikle den der det er mulig (Orem, 1995).



## 2.2 Livskvalitet

Rustøen (2010) skriver at begrepet livskvalitet ble introdusert til medisin og sykepleievitenskap i 1970- og 1980-årene. Begrepet har fått mye oppmerksomhet innenfor sykepleievitenskap da det førte til endringer i sykdomsbilde med tanke på behovet for behandling hele livet. Helseproblemer knyttet til livskvalitet skaper et behov for en helhetlig forståelse av og tilnærming til pasientens egen opplevelse av situasjonen (Rustøen, 2010).

Videre peker Rustøen (2010) at ved sykdom eller en permanent endring i livet vil ikke målet til pasienten være helbredelse, men at pasienten har det best mulig ut i fra situasjonen. Wahl & Hanestad (2007) skriver det gode liv er hva enkeltmennesket definerer som et godt liv for seg. Livskvalitet er et begrep som uttrykker personens egen oppfatning av sin situasjon. I tillegg dreier det seg også om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet og hvilke verdier, forventninger, mål og meninger man har med livet (Wahl & Hanestad, 2007).

Næss definerer livskvalitet slik:

en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative (Rustøen, 2010 s.33).

Denne definisjonen tar for seg livskvalitet som en følelse av psykisk velvære. Næss påpeker at begrepet ikke er knyttet til noe en har, gjør, omgis av eller personlige egenskaper, men den enkeltes opplevelser. Disse kan nok ha betydning for livskvaliteten, men det som betyr mest er hvordan disse forholdene påvirker den enkeltes opplevelser. Næss understreker at livskvalitet ikke bare må være knyttet til fravær av negative opplevelser, men den enkeltes verdier og ikke til moral (Rustøen, 2010).

Rustøen (2010) skriver om sykepleieteoretikeren Peplau (1994) som mener at livskvalitet er tett knyttet til velvære, og at begrepet omfatter alle sider ved tilværelsen. Hun hevder at tilfredsstillelse av behov er nært beslektet til livskvalitet, og hun understreker at personlige forhold har betydning for livskvaliteten (Rustøen, 2010).

## **2.3 Stomi**

McGrath & Porrett (2005) peker på at en stomi kan være både midlertidig og permanent. En midlertidig stomi kan lages for å avlaste tarmen for å unngå irritasjon eller for å ha en midlertidig utgang dersom det er en hindring i endetarmen. Når tarmen er lagt tilbake er det minimal eller ingenting endring i tarmfunksjonen. En permanent stomi er en stomi som ikke kan legges tilbake (McGrath & Porrett, 2005).

### **2.3.1 Colostomi**

Denne type stomi brukes stort sett når det er tykktarmen som er lagt fram på magen, og det er vanligst å ha denne type stomi på venstreside av magen. Kreft er den vanligste årsaken. Andre årsaker til anleggelsen kan være skader, medfødte misdanninger, stråleskader og kronisk obstipasjon.

Næringsstoffene suges opp i tynntarmen og har derfor liten innvirkning på næringsbalansen (Nilsen, 2010). Avføringen vil være fastformet da væsken blir absorbert i tykktarmen som normalt (McGrath & Porrett, 2005).

### **2.3.2 Ileostomi**

Ileostomi er en tynntarm som er fremlagt på høyre side av magen. Normalt blir nederste del av ileum lagt ut og derfor kalles den også ofte endeileostomi. Nilsen (2010) sier de vanligste årsakene til anleggelse av ileostomi er ulcerøs kolitt og crohns sykdom. Andre årsaker kan være familiær polypose, fistler og skader. McGrath & Porrett (2005) skriver at det forekommer hyppige tømminger, og det kan være nødvendig å tømme opptil seks til åtte ganger om dagen. Tykktarmen er vanligvis fjernet og det gjør at avføringen som kommer ut er tyntflytende, da væske suges opp i tykktarm. Dette kan føre til ubalanse i væske og elektrolytt balansen (Nilsen, 2010).

## **2.4 Pasientens utfordringer**

Sykdommer i mage-tarm kanalen kan være akutte eller kroniske noe som kan føre til at pasienten ikke kan ivareta behovet for eliminasjon. Dette kan medføre en rekke plager og ubehag som får negative konsekvenser for livskvaliteten og livsutfoldelsen (Stubberud & Nilsen, 2010). Det å ha kontroll over både avføring og urin er viktig for selvbilde og personlighetsutviklingen. Omgivelsene har forventninger om at vi holder lyder og lukter for oss selv, og etter hvert når vi blir eldre blir det å gå på toalettet svært personlig. Mange kan føle at sin voksenidentitet er truet og at det er nedverdiggende å tape denne kontrollen (Nilsen, 2010). Nilsen (2010) nevner at en rekke komplikasjoner som kan oppstå etter anleggelse av stomi. Det er ofte skiftning av feste plate, hyppig vask og kontakt med urin eller avføring som gjør huden rundt stomien utsatt for irritasjon, slitasje og allergi (Nilsen, 2010).

Det er en stor forandring for kroppsbilde å få fjernet en kroppsdel. Pasienten kan selv ha tabuholdninger til urin og avføring, være redd for at det skal lekke, føle seg skitten og bli usikker på hvordan omgivelsene vil møte ham. Dette kan ha påvirkning på livsutfoldelse og livskvalitet og som følge av utfordringene vil mange oppleve frustrasjon, usikkerhet og endret selvbilde (Nilsen, 2010). Borwell & Breckman (2005) peker på også seksuelle bekymringer. De største bekymringene er knyttet til kroppsbilde og den seksuelle interaksjonen. Seksualitet er et tema som ofte er vanskelig å snakke med andre om (Borwell & Breckman, 2005). Mange kan føle seg mindre attraktiv over for deres partner eller det motsatte kjønn og er redd for å gjenoppta den seksuelle aktiviteten (Porrett, 2005).

## **2.5 Fra sykehuset til hjemreise**

Postoperativ forløp vil si tiden fra operasjonen til hjemreise (Nilsen, 2010). Johnson & Porrett (2005) skriver at i den postoperative fasen er den fysiske støtten til pasientene viktig. Utreise plan og undervisning er en viktig del av rehabiliteringen og til å bli selvstendig, for å få en glidende og trygg overgang fra sykehuset til hverdagen (Johnson & Porrett, 2005). Utreisen er vanlig vis fra 7-10 dager etter operasjon, men varierer til og fra avhengig av grunnsykdom, alder, og håndtering av stomien (Breckman, 2005). Nilsen (2010) belyser at pasienter glemmer mye informasjon som blir gitt under innleggelsen, og derfor kan noe av informasjonen bli gitt etter hjemkomst dersom personen har poliklinisk oppfølging.

## **2.6 Kommunikasjon med pasienter**

Kommunikasjonen i helseyrket skal være faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon er ofte åpen med ett ubestemt og uforutsigbart preg, og dette kan øke nærheten og kontakten slik man får en god relasjon (Eide & Eide, 2007).

Eide & Eide (2007) skriver også at vanskelige og alvorlige livshendelser er ofte en fellesbetegnelse på kriser. Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt, og noen å dele tanker og følelser med. God kommunikasjon er nøkkelen til å mestre sykdom eller krise og til å bearbeide reaksjoner. For å gi situasjonen mening og forståelse er tilstrekkelig og god informasjon om sykdommen og behandling viktig (Eide & Eide, 2007).

## **2.7 Undervisning og veiledning**

Sykepleierens pedagogiske vurderinger og valg må tilpasses pasientens spesielle behov eller problemer. Det kan for eksempel gjelde syke mennesker, mennesker som er friske eller utsatte for helsesvikt (Tveiten, 2008).

Tveiten (2008) definerer sykepleierens pedagogiske funksjon slik:

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger (Tveiten, 2008 s.30).

Tveiten (2008) definerer sykepleierens pedagogiske funksjon som oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring for en pasient. Det vil si at han tilegner seg nye holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Noe som gjør at han mestrer å leve med symptomer og sykdommen på en bedre måte, slik at livskvaliteten øker (Tveiten, 2008). Empowerment handler om å få i gang prosesser som styrker deres selvkontroll, selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter (Heggdal, 2008). Empowerment vil styrke menneskers evne til å ta effektive og selvstendige valg. Det vil øke muligheten til å ta bedre kontroll over situasjoner i dagliglivet, og nå egne mål for god livskvalitet (Reitan, 2010). Pasienten skal møtes med respekt, og hans perspektiv skal tas på alvor. Det er viktig at pasienten har så stor innflytelse på sin egesituasjon som mulig (Eide & Eide, 2011)

Men for at sykepleieren skal kunne undervise og veilede trengs kompetanse innen området. Sykepleierens kunnskapsaspekter kan deles inn på mange måter. En måte er å skille mellom teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringskunnskap. Disse kunnskapsformene utgjør en helhet i sykepleien. Kunnskap er en forutsetning for kompetanse, og samtidig er måten kompetansen kommuniseres på viktig (Tveiten, 2008).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode?

Dalland (2010) påpeker at metode er verktøyet vi bruker når vi vil undersøke noe. Metoden hjelper oss å samle inn data til det vi undersøker. Vilhelm Aubert (1985) skriver at metode er en fremgangsmåte for å løse problemer og tilegne seg ny kunnskap. Den valgte metoden belyser derfor spørsmålet vårt på en faglig interessant måte og gir oss god informasjon. I samfunnsvitenskapen skilles det mellom kvalitativ- og kvantitativ orienterte metoder (Dalland, 2010).

Den kvalitative tilnærmingen oppbygges og planlegges på en induktiv måte, mens derimot den kvantitative tilnærmingen på en deduktiv måte (Olsson & Sørensen, 2003). Olsson & Sørensen (2003) mener at i kvalitativ forskning stiller man med "blanke ark". Forskeren møter situasjonen som om den alltid har vært ny, for å få et fullstendig rett bilde. Kvalitativ forskning samler opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2010).

Kvantitativ forskning tar oftest grunnlag i en teori som baseres på tidligere forskningsresultater og forskerens egne erfaringer på området (Olsson & Sørensen, 2003). Denne metoden tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter, som gir mulighet til for eksempel å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Dalland, 2007).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie er metoden en beskrivelse av hvordan en har gått frem for å finne litteraturen (Dalland, 2010). Olsson & Sørensen (2003) påpeker at litteraturen som samles inn er informasjonskilden, og det er vanlig å inkludere rundt 5-6 vitenskapelige artikler eller relevante vitenskapelige rapporter. Man skal søke systematisk, kritisk velge og sammensette litteraturen innen for det aktuelle problemområde (Forsberg & Wengström, 2008). Innsamlingsdataen fra litteraturen skal settes i dialog med bakgrunns litteraturen, og drøfte ut i fra formål og spørsmålsstillinger (Olsson & Sørensen, 2003).

### 3.3 Metodekritikk

På grunn av den store mengden litteratur ble det vanskelig å velge ut og begrense søket mitt. De fem artiklene som ble valgt ut er alle engelske og en risiko kan da være at forfatterne av artiklene har ett annet budskap enn hva jeg har tolket og oversatt det til. Mange av artiklene som ble funnet var ikke tilgjengelige i full tekst og det begrenser utvalget. Litteraturstudie som metode kan være bra da litteraturen angående ett tema allerede er undersøkt. Jeg kan da plukke ut de mest relevante artiklene til mitt tema. Det blir derfor mindre krevende arbeid, enn om jeg selv skulle samlet og analysert dataen. På

en annen side kan det bli en svakhet at andre personer har tolket innholdet på sin måte.

### **3.4 Litteratursøk**

Det er hovedsakelig brukt helsefaglige søkemotorer på biblioteket sine nettsider, for å finne relevante vitenskapelige artikler og fagartikler. Artikkene skal brukes overordnet i oppgaven. Databasene som gav best resultater og ble inkludert i søket var Vård i Norden, PUBMED og CINAHL. For å utvide søket brukes det engelske søkeord (se vedlegg I). I oppgaven brukes pensumlitteratur og andre bøker fra biblioteket, samt trekkes det inn søk fra Regjeringen, Lovdata og Norilco for å belyse problemstillingen med relevant teori.

### **3.5 Kildekritikk**

Dalland (2010) skriver at kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere de kildene og metodene som brukes, for å sikre om en kilde er sann. For å utøve kildekritikk er kunnskap grunnlaget, og det skal komme tydelig frem hva de ulike kildene har bidratt med. Dalland (2010) skriver at hensikten er å dele de refleksjonene en som forfatter har gjort med leseren, for å vise at litteraturen er holdbar, relevant og gyldig for problemstillingen. Det skal belyses for leseren at kildematerialet er vurdert kritisk, og tydeliggjøre kriteriene som forfatteren har satt for utvelgelsen av litteraturen (Dalland, 2010).

Dalland (2010) belyser litteratur som en viktig underbyggelse i alle oppgaver, og derfor må litteraturen være relevant. Utfordringen med å finne litteratur, er at den finnes ofte enten som primærkilde eller sekundærkilde. Primærkilde er den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk av den. Sekundærkilden er fortolket og kanskje oversatt før en leser den, og dette kan føre til at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2010). For eksempel: I denne oppgaven brukes Dorothea Orem som sykepleieteoretiker, derfor brukes det primærlitteratur fra Orem (1995) og Kristoffersen (2005) som sekundærlitteratur for å underbygge og få forståelse av primærlitteraturen.

For at kilden skal være gyldig skal den helst ikke være eldre enn 10 år (Dalland, 2010). I denne oppgaven er det inkludert en artikkel som er 12 år gammel fordi det var få artikler som undersøkte pasientene i den postoperative fasen. Dalland (2010) skriver at man vet kilden er gyldig når artiklene publiseres i de vitenskapelige tidsskriftene, da de går gjennom en mye strengere kvalitetssikring enn i fagtidsskriftene. For å vurdere kvaliteten og relevansen for problemstillingen på artiklene er det brukt sjekklister fra nasjonalt kunnskapssenter (se vedlegg II-IV).

### 3.6 Etiske aspektene i forskningen

Dalland (2010) påpeker at etikk omhandler normer for rett og god livsførsel, og etikken skal gi veiledning og grunnlag for vanskelige avgjørelser man må vurdere. Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen er de viktigste retningslinjene (Dalland, 2010). Den inneholder grunnleggende prinsipper for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker (Olsson & Sörensen, 2008). Det vektlegges at forsøkspersonenes helse og integritet går foran hensynet til forskning og samfunn. Lov om personvern brukes for å beskytte forsøkspersonene mot å bli krenket gjennom behandling av personvernopplysninger (Dalland, 2010).

Vitenskapsrådet som har gitt ut retningslinjer for hvordan god medisinsk forskning skal være, for å unngå fusk. Ved utvalget av vitenskapelige artikler er det viktig at studiene har blitt godkjent gjennom en etisk komite eller at det er gjort etiske overveielser. Opplysningene skal lagres på ett sikkert sted i ti år. Det er viktig å fremstille artikkelens synspunkt på rett måte i respekt av forfatteren (Forsberg & Wengström, 2008). De som inkluderes i forskningen skal være informert om handlingen og i tillegg delta på et selvstendig og fritt grunnlag. For at deltakerne skal opprette tillit til forskerne er taushetsplikt og anonymitet nødvendig (Dalland, 2010).

Kilder bør skrives korrekt i en studie. Det er ingen som ønsker at navnet sitt skal staves feil eller titler på eget arbeid unøyaktig gjengitt (Dalland, 2010). Kildene må refereres rett for at andre skal kunne finne tilbake til kildene (Høgskolen Stord/Haugesund, 2013). Det finnes mange forskjellige systemer for å referere til litteratur, både internasjonale og nasjonale. Hvilken metode en velger har betydning for måten en henviser i teksten på og hvordan litteraturlisten er satt opp (Dalland, 2010). I denne oppgaven benyttes standarden til American Psychological Association (APA).

## 4.0 Resultat

De artiklene som er valgt ut i oppgaven er alle relevante til min problemstilling. Det er brukt fem kvalitative artikler. Kvalitativ forskning gir oss en dypere forståelse av hvordan hver enkelt opplever situasjonen. I tre av artiklene er undersøkelsen foretatt i lang tid i etterkant av operasjonen, mens derimot kun to undersøker postoperative utfordringer på sykehuset. Det begrensede funnet angående den postoperative perioden på sykehuset anses ikke som en begrensning for oppgaven. Jeg anser utfordringene som påvirker livskvaliteten i hverdagen som viktige opplysninger sykepleieren kan bruke postoperativt.

**Learning to live with a permanent intestinal ostomy** (Danielsen, Soerensen, Burcharth & Rosenberg, 2013).

Dette er en kvalitativ studie. Hensikten med studien var å undersøke hvilken påvirkning på hverdagslivet en permanent stomi har, samt å få kjennskap til behovet for undervisning og veiledning. Studien har fokus på faktorer som kan øke eller redusere helserelatert livskvalitet etter stomianleggelse. Metoden var gruppeintervju/samtaler med 15 deltakere totalt og varighet på 1,5 time, der hver enkelt hadde mulighet for å uttrykke seg. Det ble fremhevet to hovedtema: det å føle seg annerledes og utfordringen å endre livsstilen, noe som førte til selvpålagt isolasjon og økt behov for akseptasjon av andre. Deltakerne var misfornøyd med undervisningen preoperativt på sykehuset på grunn av manglende fokus på å mestre hverdagslivet etter hjemkomst. Kontakten med helsepersonell var viktig for tryggheten i forløpet.

**Living with an ostomy: Women`s long term experiences** (Honkala & Berterö, 2009).

Dette er en kvalitativ studie som har fokuset på kvinner med stomi, da kvinner har høyere bekymringsscore enn menn angående kroppslige forandringer og samleie. Hensikten med studien var å tilegne seg kunnskap og forståelse av det å leve med stomi, og effekten på livssituasjonen. Det var 17 deltakere som deltok på intervju med lydopptak. Utfordringene kvinnene møtte på var å tilpasse seg i dagliglivet, å gjenkjenne seg selv som kvinne og flere fysiske begrensninger. Deltakerne konkluderer med at livet er bedre nå, ettersom livet før operasjonen kunne ført til død. Kvinnene aksepterte stomien og har lært seg å leve med det, selv om det innebar visse begrensninger. Helsepersonell bør støtte pasienter med stomi på deres vei mot akseptering av stomien og ikke bare tilpasningen.

**Ostomy patients` perceptions of quality of care** (Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas & Hulten, 2005).

Dette er en kvantitativ studie med hensikt å vurdere kvaliteten på pleien hos stomipasienter sett fra ett pasientperspektiv. Det er brukt spørreskjema og deltakerne deltok gjennom en poliklinisk stomi klinikk. Det var totalt 91 deltakere derav 42 har ileostomi og 49 colostomi. Studien er etisk godkjent. I resultatene kom det frem mange områder i pleien som var ufredsstillende, og informasjon og rådgivning ble



fremhevet. Det å få stomi medfører kroppsforandringer, tap av en viktig funksjon og forandringer i personlighysiene. Disse forandringene er gir en stor bekymring for pasientene, og derfor er det kvaliteten på pleien en viktig sak å sette i fokus. Denne studien belyser behovet for god informasjon og brukermedvirkning.

**Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis** (Thorpe, McArthur & Richardson, 2009).

Dette er en kvalitativ oversiktsartikkel (review) med hensikt å redegjøre for de kroppslige endringene som oppstår ved anleggelse av stomi. Det er brukt en rekke databaser for å finne aktuell teori: ASSIA, CINAHL, Embase, Medline and Psycinfo. De fant 144 studier totalt, og videre begrensninger gjorde at de tilslutt sto om 11 studier som var relevante og var innenfor kriteriene. Hensikten med studien var å få dypere innsikt i opplevelsen av kroppslig forandring etter stomi anleggelse. Det var tre funn som ble kategorisert i punkter for å utdype hver enkelt bedre. Denne artikkelen presenterer hvordan det oppleves for en person å få stomi og hva sykepleieren må fokusere på. Denne studien illustrerer at kroppsbildet er en del av ens psykiske tilstand, og når det oppstår en endring eller ett tap kan kroppsbildet og tanker påvirkes i negativ grad.

**Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery** (Persson & Hellström, 2002).

I denne kvalitative studien var hensikten å beskrive pasientenes erfaringer med fokus på kroppsbilde fra 6-12 uker etter stomianleggelsen. Det deltok totalt 9 personer som ble intervjuet angående følelser, holdninger og hverdagserfaringer etter stomianleggelsen. Resultatet i studien var at deltakerne følte seg annerledes, at kroppen var endret, negativ påvirkning på seksuallivet, påvirkning av sosiallivet med tanke på isolasjon og vil ikke delta på aktiviteter. Mange av deltakerne følte seg flau og har nedsatt selvrespekt og følelse, samt følelse av manglende kontroll på avføringen. Deltakerne uttrykket et økt behov for å snakke med noen andre enn helsepersonell, da de følte informasjonen var manglende.

## 4.1 Hovedfunn

Som en oppsummering av mine hovedfunn i de vitenskapelige forskningsartiklene er det 3 kategorier som har ut bemerket seg og som skal ses nærmere på i drøftingsdelen.

### 1) **Mangelfull informasjon og undervisning.**

I studien til Persson et al. (2005) var deltakerne misfornøyd med informasjonen angående medisinske resultater, komplikasjoner og hvilken doktor/sykepleier som var ansvarlig. Persson & Hellström (2002) belyser at informasjonen pasientene trenger i deres studie etter operasjonen ikke er tilfredsstillende og i Danielsen et al. (2013) sin studie uttrykket deltakerne et behov for troverdig informasjon angående det å leve med en stomi.

### 2) **Følelse av å være annerledes**

I den vitenskapelige studien til Danielsen et al. (2013) kommer det frem at deltakerne har en følelse av å ikke passe inn og føler seg annerledes. Kvinnene i studien til Honkala & Berterö (2009) har også uttrykket at de har endret kroppsbilde og føler seg annerledes i forhold til andre kvinner. Persson & Hellström (2002) forsterker disse funnene i de andre studiene ved at deltakerne også i denne studien ser på kroppen som vesentlig endret. I en oversiktsstudie fra Thorpe et al. (2009) påpekes det at tap av helhet skaper dype sår og negativ fokus på kroppen.

### 3) **Vanskeligheter i seksuallivet**

Honkala & Berterö (2009) setter lys på at kvinner har høyere bekymringsscore enn menn, angående endringer i kroppens utseende og seksuell samleie. Mange av deltakerne i studien til både Persson & Hellström (2002) & Thorpe et al. (2009) følte seg mindre seksuell attraktiv etter operasjonen. Det samme nevner Persson et al. (2005) at er et kjent problem i forbindelse med stomianleggelse.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Mangelfull informasjon og undervisning

Pasienter har rett til å få informasjon uavhengig av etterspørsel og den skal bli meddelt uoppfordret. I pasient- og brukerrettighetsloven (2011) § 3-2 første ledd står det:

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, 2011).

Informasjonsplikten omfatter diagnose, prognose, undersøkelses- og behandlingstiltak, pleie som følge av ulike tiltak og påkjenninger i forhold til behandlingen. Det skal informeres om tidsperspektiver knyttet til tiltakene og annet som kan ha betydning for pasienten, både på kort og lang sikt (Molven, 2012). Behovet for denne informasjonen belyses i artikkelen til Persson & Hellström (2002) da de følte at det var manglende informasjon om hvordan å takle den endrede livsstilen, samt det å få kunne prøve og tilpasse forskjellige utstyr og produkter.

Eide & Eide (2011) underbygger at informasjonen til pasienter ofte viser seg å være mangelfull. Det kan skape utrygghet og forvirring, og undersøkelser peker også på at manglende informasjon kan skape en sterk følelse av usikkerhet. Andre studier som peker på mangelen på informasjon er studien til Grønnestad & Blystad (2004) der informantene ikke fikk noen standardisert informasjon postoperativt. Informasjonen begrenset seg til tilfeldig informasjon fra sykepleiere og leger. Informantene så på det som viktig med god informasjon (Grønnestad & Blystad, 2004). Sykepleieren har en viktig oppgave å informere og undervise godt om sykdommen og behandlingen (Eide & Eide, 2011). I studien til Grønnestad & Blystad (2004) bekrefter informantene at informasjon om sykdom, helsetilstand og prognoser gir opplevelsen av å ha kunnskap. Det fjerner usikkerhet og engstelse, og gir økt opplevelse av kontroll som videre øker tryggheten og håpet (Grønnestad & Blystad, 2004). Eide & Eide (2011) underbygger dette ved at god informasjon gir trygghet og hjelper pasienten til å forutse det som skal skje, som vil styrke opplevelsen av kontroll.

I studien til Grønnestad & Blystad (2004) kommer det frem at informantene manglet kunnskap til å kunne vurdere betydningen av kroppslige opplevelser og reaksjoner postoperativt. For å mestre sin situasjon står kunnskap sentralt, og en grunntanke innen kontrollperspektivet er at informasjon og kunnskap fremmer mestring (Eide & Eide 2011). Heggdal (2008) skriver at kunnskap om seg selv og sin helse gir muligheten for å finne ut hva som gjør det verre, og hva som gjør det bedre. Orem belyser også viktigheten av kunnskap, da hun skriver at kunnskap er nødvendig for å kunne utøve egenomsorg.

Mennesker har den grunnleggende evnen til å kunne lære og tilegne seg kunnskaper, og bruke disse kunnskapene og ferdighetene i utøvelsen av egenomsorgen (Kristoffersen, 2005).

Heggdal (2008) hevder at det dreier seg om å ha kompetanse knyttet til håndtering av egen tilstand. Kunnskaper om sin egen kropp innebærer nyskaping og utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring og helse (Heggdal, 2008). Reitan (2010) nevner at for noen problemer finnes det ikke løsninger, bare mestringsmuligheter. Larzarus & Folkmann definerer mestring som:

Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet (Reitan, 2010, s.78).

Mestringen er en mental aktivitet der personen automatisk og ubevisst danner forestillinger, føler, tolker, vurderer og velger handlinger (Reitan, 2010). Det som vil styrke menneskets evne til å ta selvstendige og effektive valg er empowerment, da dette vil øke muligheten til å ta kontroll over forhold i dagliglivet og nå egne mål for å få bedre livskvalitet (Reitan, 2010). I mine erfaringer fra praksis fikk jeg se at dersom pasienter blir inkludert og får mest mulig makt og kontroll vil dette bedre mestringsfølelsen og selvbilde. Reitan (2010) lyser på at målet med empowerment er selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter.

I studien til Brown & Randle (2005) påpeker de også viktigheten med informasjon gitt på et faglig språk som pasienten forstår. Breckman (2005) peker på at i en samtale bruker man ordvalget ubevisst, men i samarbeid med pasienter og pårørende er det viktig å være bevisst på språket. Sykepleieren må velge ord og bruke kroppssignaler på en forståelig måte.

Molven (2012) skriver at det blir lagt stor vekt på at pasientene skal informeres om og medvirke til eget behandlings- og pleieopplegg. Dette forutsetter god åpen kommunikasjon og vilje mellom pasienten og sykepleieren (Molven, 2012). Kunnskap har positiv betydning dersom den oppleves som verdifull for pasienten (Breckman, 2005). En formell undervisningsform kan vekke motvilje hos pasienten, derimot vil en uformell samtale gi pasienten følelse av å være i dialog med sykepleieren. Det blir da lettere å tilegne seg den kunnskapen som formidles (Breckman, 2005). Når pasientens kompetanse og trygghet er bygget opp, vil det gi ham mulighet for å gjenvinne kontroll og bli selvstendig (Nilsen, 2010). Orem understreker at sykepleieren skal kompensere for svikten til de som allikevel ikke klarer å ivareta sin egenomsorg (Kristoffersen, 2005).

I Danielsen et al. (2013) blir viktigheten av åpen kommunikasjon angående stomien nevnt av alle deltakerne. Nilsen (2010) peker på at det er viktig å sette av god tid når informasjon skal gis. Det skal være et egnet rom med ro og lite forstyrrelser. Informasjonen bør gis både skriftlig og muntlig. Sykepleieren bør forsikre pasienten om at informasjonen vil bli gjentatt, og at det er normalt å glemme i en slik situasjon. Nilsen (2010) skriver også at undervisning og informasjon må gis gradvis. Dersom det blir trukket inn alt for mange faktorer fra begynnelsen av, kan dette føre til at pasienten føler at han "drukner" i informasjonen og det kan virke uoverkommelig. Pasienten bør få informasjon om hvordan livet med stomi er og hva det vil bety for hans sosiale liv. Det er viktig at pasienten får svar på sine spørsmål, får psykisk støtte og får anledning til å gi uttrykk for egne tanker og bekymringer (Nilsen, 2010).

Personer som er i krise eller en vanskelig situasjon har også redusert mottagelighet for informasjon (Nilsen, 2010). I en fagartikkel av O`Conner (2005) er det mange faktorer som blant annet frykt, angst, smerter og tretthet som påvirker læringen i en postoperativ fase. Eide & Eide (2011) påpeker at når mange følelser og tanker oppstår hos en pasient, er det ekstra viktig å tilpasse informasjonen som gis til hver enkelt. Dersom pasienten er motivert for å lære de nødvendige tingene og villig til å ta i mot gode råd, påvirker dette selvfølelsen og livskvaliteten positivt (O`Conner, 2005). Derimot kan en person som har slitt med negativt selvbilde fra tidligere reagere med å neglisjere sin stomi over kortere eller lengre tid. Alle mennesker er utstyrt med forsvarsmekanismer, som er ubevisste teknikker som hjelper oss å forson oss med en konflikt. Dette gjør at pasienten kanskje ikke oppfatter den informasjonen som blir gitt, som kan få negative konsekvenser for hans livsutfoldelse og livskvalitet (Nilsen, 2010 s. 109).

Orem (1995) påpeker at for å undervise er det viktig at sykepleieren identifiserer læringsbehovene og tar hensyn til ønsker, vaner, erfaringer, bakgrunn og livsstil når egenomsorgsbehovene skal kartlegges. Min erfaring fra gastrologisk avdeling er at pasientene lærer av å prøve seg frem og feile, noe jeg ser på som nødvendig for å finne den beste teknikken for å for eksempel håndtere lekkasjer. Jeg vil tro det er vanskelig å ta til seg informasjon som pasienten ikke har erfart eller opplevd. Det å la pasienten prøve og feile skriver også Nilsen (2010) er viktig, da det vil gi ham muligheten til å ta egne avgjørelser og vil føle seg selvstendig.

Orem (1995) belyser også at gruppe undervisning kan være hensiktsmessig i noen omstendigheter, da det kan være en effektiv måte å hjelpe den enkelte. Gruppe undervisning var også en favoritt i studien til Danielsen et al. (2013), da deltakerne fikk et inntrykk av hvordan andre har det. Tveiten (2008) påpeker at gruppe undervisning og veiledning kan være aktuelt på sykehus, polikliniske grupper eller i regi av ulike pasientorganisasjoner. Sykepleiere som skal lede pasientgrupper bør blant annet ha pedagogisk kompetanse og erfaring relatert til veiledning (Tveiten, 2008). Fordelen med gruppe undervisning er at

man møter andre i samme situasjon. Det kan øke fellesskapsfølelse og til å alminneliggjøre eventuelle problemer, og kan bidra til trygghet, mestring og bevisstgjøring av egen situasjon (Tveiten, 2008).

Behovet for å snakke med noen andre enn en sykepleier bemerket seg i Persson & Hellström (2002) da deltakerne syntes sykepleieren ikke er i stand til å gi all den informasjonen og følelsesmessige støtten de trenger. At informasjonsbehovet ikke ble dekket på sykehuset, kommer også frem i Danielsen et al. (2013). Personer som kan være til hjelp å snakke med eller søke råd hos kan være representanter fra organisasjonen Norilco og gruppe tilbudene ved lærings- og mestringssentre ved sykehusene (Nilsen, 2010).

Et oppsiktsvekkende funn kom frem i studien til Persson et al. (2005) der 71% av deltakerne som hadde Ileostomi og 43% av colostomi deltakerne opplevde komplikasjoner etter anleggelse. Komplikasjoner som ble funnet i studien var hudproblemer, granulomer, nekrose, stenose, tilbaketrekking, lekkasje på grunn av lav stomi, parastomalt brokk og prolaps (Persson et al., 2005). Stor forekomst av komplikasjoner kommer også frem i studien til Taylor et al. (2012) der hele 71% hevder å ha opplevd en eller annen komplikasjon under den postoperative perioden. Det var derfor viktig at deltakerne fikk stomi oppfølging de første seks månedene etter stomi anleggelsen (Taylor et al., 2012). En rekke komplikasjoner kan oppstå etter anleggelse av stomi (Nilsen, 2010). Burch (2013) hevder også at stomi komplikasjoner kan oppstå lett og det er sannsynlig at alle før eller siden vil få en eller flere problemer. Personer med stomi bør lære seg å gjenkjenne normalt utseende og funksjon av deres stomi, hud og utstyr, for å unngå komplikasjoner (Breckman, 2005). Dette tror jeg kan bidra til at pasienten har bedre forutsetninger til å oppdage unormalheter selv. Burch (2013) referer til studien av Persson et al. (2009) som skriver at selv om problemene kunne vært forebygget med oppfølging og informasjon, finnes det allikevel ikke noen standardisert oppfølgingsprosedyre i Storbritannia (Burch, 2013). Min opplevelse er at dette også er ett tilfelle i Norge.

## 5.2 Følelse av å være annerledes

Persson & Hellström (2002) og studien av Brown & Randle (2005) peker begge på at stomianleggelse har en negativ innvirkning på livskvaliteten. Nilsen (2010) understreker at det er ofte skremmende å få stomi og det blir forbundet med mye usikkerhet. Pasientene får ett endret levesett og endret kropps- og selvbilde. Heggdal (2008) skriver at når livet er blitt annerledes og preges det av erkjennelse av tap av livsutfoldelse og tap av livskvalitet. Dette kan vekke både fortvilelse og sinne fordi det begrenser og truer verdier og aktiviteter som var viktige (Heggdal, 2008).

I Persson & Hellström (2002) sin studie der den ene av deltakerne ble akutt operert og fikk stomi som følger. På grunn av ingen preoperative forberedelser utløste følelser som motbydelighet og emosjonelt sjokk hos deltakeren. Denne deltakeren sa:

*”It looks like a piece of raw meat. The worst of it was when the staff told me to change the appliance myself – to wipe and change it.”* (Persson & Hellström, 2002 s. 150).

Ut i fra mine erfaringer må sykepleieren vise empati og støtte i slike situasjoner, og la pasienten ta den tiden som trengs for å akseptere situasjonen. Nilsen (2010) påpeker at et viktig ledd i opplæringen er å inkludere pasienten langsomt i stedet. Pasienten blir gradvis mer i stand til å overta situasjonen og kan være en god måte å hjelpe han over den første kneiken. Orem (1995) peker på at sykepleieren kan gjøre pasienten nysgjerrig ved å forklare og demonstrere hvordan prosedyrene skal utføres. Dette kan stimulere pasienten til læring og vil kanskje raskere ta over arbeidet selv.

I oversiktsartikkelen til Thorpe et al. (2009) kommer det frem at det individuelle kroppsbildet endres ved tap av en funksjon, og det påvirker selvtilliten og selvbilde negativt. Dette belyser også funnene i oversiktsstudien til Brown & Randle (2005) der de skriver at stomi anleggelse har ofte en negativ innflytelse på en persons livskvalitet og påvirker livsstilen på mange områder. Nilsen (2010) skriver at kroppsforandringene kan resultere i at pasienten føler seg mindreverdige og får et dårligere selvbilde. Årsaken kan være at nesten alle mennesker har en oppfatning om hvordan idealkroppen bør se ut og fungere. I sammenheng med reaksjonene på stomianleggelsen bør pasientene alltid oppmuntres til å snakke om tanker og reaksjoner. Sykepleieren må derfor være ett åpent og aksepterende medmenneske i den første tiden, da det kan bidra til å gi ham trygghet til å bygge opp ett nytt selvbilde (Nilsen, 2010).

Ulike personer vil takle endringene som skjer etter sykdom og skade, forskjellig. Personens ulike sider vil være med å påvirke den individuelle prosessen hver enkelt må igjennom (Bredland, Linge & Vik,

2012). Renolen (2008) hevder at den betydningen kriser har i den enkeltes liv, og hvordan en krise oppleves, kan derimot bare den enkelte vite noe om. En person som har slitt med negativ kroppsoppfatning før operasjonen, kan slite mer etter en slik endring enn en person som hadde mer selvstendig kroppsoppfatning (Nilsen, 2010). Når kroppen er forandret må tanker og følelser bearbeides. Det vil kreve stor innsats og kan ta lang tid. Ikke alle klarer å akseptere forandringene like godt, men de aller fleste lever ett godt liv etter hvert (Nilsen, 2010). Orem skriver at personer med funksjonstap må tilpasse seg en ny og varig livssituasjon, og har et behov for å justere selvbilde ved å akseptere situasjonen (Kristoffersen, 2005).

Kroppsbildet og selvbilde påvirkes kontinuerlig i samhandling med andre mennesker. Selvbildet utvikler vi gjennom samvær med og påvirkning fra andre. Vi påvirkes for eksempel både av andres vurderinger og i sosiale sammenhenger (Bredland et al., 2012). Orem legger vekt på at kulturen og den sosiale gruppen er viktig for den enkeltes egenomsorg, da egenomsorgshandlingene preges av de vaner, verdier og normer som kjennetegner den sosiale gruppen og kulturen (Kristoffersen, 2005). I studien til Danielsen et al. (2013) var deltakerne bekymret over at andre kunne se eller lukte stomien. De hadde redsel for å bli sett ned på eller at lekkasje skulle oppstå. Deltakerne følte at stomi er et tabu område og hadde et behov for å skjule den ved å bruke litt løse klær som ikke fremhever stomien (Danielsen et al., 2013). Det samme fremhever seg i Honkala & Berterö (2009) sin undersøkelse, der deltakerne uttrykket frykt for å reise over lengre distanser på grunn av muligheten for lekkasje. Frykt i tillegg til en følelse av at folk stirrer på dem er også en hindring i å delta i sosiale aktiviteter. De føler seg mindre verdifull da de sammenligner seg selv med andre "friske" kvinner. I Heggdal (2008) står det at ofte sammenligner pasientene seg med andre, og får da ett negativt selvbilde siden de ser annerledes ut. Tap av funksjonsevne er ett hinder angående det sosiale livet, arbeid og gjøremål (Heggdal, 2008). Pasientene kan føle motvilje og ulyst til å treffe venner, gå tilbake til arbeidslivet i frykten for at det skal lukte eller lekke fra posen. Det finnes derimot tiltak som kan fjerne eller dempe lukten, da det finnes preparater til å ha i posen, tenne et par fyrstikker og luftrenser (Nilsen, 2010). Regjeringen vil ha mer vekt på betydningen av sosial støtte, sosial kapital og medvirkning i folkehelsearbeidet. I Stortingsmelding nr. 34 (2012/2013) står det:

Sosial støtte og medvirkning har betydning for evnen til å takle livsbelastninger. Opplevelsen av sosial støtte bidrar til helse og livskvalitet. Ensomhet, utenfor skap og opplevelse av manglende sosial støtte har betydelige negative konsekvenser for helsen (St. Meld. nr. 34. (2012-2013)).

En annen hjelp i å takle den sosiale hverdagen er å kontakte Norilco (Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte). Som god hjelp både i tiden før og etter operasjonen kan det å møte ett annet



menneske som også har stomi være til god hjelp. Det å se et menneske med stomi som har hverdagsklær, kan gjøre det lettere for pasienten å akseptere sin situasjon (Nilsen, 2010). Sykepleieren bør alltid informere om tilbudet fra Norilco, og ta kontakt hvis pasienten ønsker det (Nilsen, 2010).

Mange av deltakerne har vanskeligheter for å gjenskape deres gamle liv før stomien (Danielsen et al., 2013). I forskningsprosjektene om Kroppskunnskaping i boken til Heggdal (2008) underbygges dette, da mange opplever de ikke er den samme personen som før de ble rammet av sykdom/funksjonstap. Min mening er at det er viktig for pasienten å komme tilbake til sitt normale liv i den grad det er mulig, da det gir en viktig følelse av identitet og helhet. Det kommer også frem i Taylor et al. (2012) at det å komme tilbake til arbeidslivet har stor betydning for det psykiske velværet. For pasienter med stomi er det å fungere i arbeidslivet et betydelig problem, og er ett område som trenger mer fokus på (Taylor et al., 2012). Regjeringen har satt dette i fokus ved å ha som mål å utvikle en politikk som hjelper til bedre helse gjennom hele livsløpet og til gode overganger mellom faser i livet. Det skal legges til rette for et inkluderende arbeidsliv og trygge og helsefremmende arbeidsplasser, og dette skal gjøres med å gjøre tjenester i ulike faser av livet mer helsevennlige med å tilpasse den enkeltes behov (St. Meld. nr. 34, 2012/2013). I studien til Taylor et al. (2012) kommer det frem i resultatet at kun 11 av 30 som ønsket å arbeide, hadde startet å jobbe igjen. For de som var tilbake i arbeid var arbeidsgiveren fleksibel og gav muligheter til å få fri fra arbeidet for å gå på oppfølgingstimer. Dette bekrefter også Heggdal (2008) da hun skriver at forståelse fra arbeidsgiver/leder og tilrettelegging med hensyn til arbeidstid, tempo og mengde arbeidsoppgaver har betydning. Arbeidsgiverens evne til å lytte og forstå er grunnleggende for at personer med funksjonssvikt eller helseproblemer, kan fungere i arbeidslivet. Dette er viktig for selvfølelsen og bidrar til å opprettholde personens nettverk (Heggdal, 2008).

### 5.3 Vanskeligheter i seksuallivet

Samsvarende med andre studier skriver Brown et al. (2005) i sin oversiktsartikkel at seksualitet er tilknyttet til kroppsbilde (Salter 1992). I studiene Nordstrom & Nyman (1991), Salter (1992), Nugent et al. (1999) og Persson & Hellström (2002) kommer frem at pasienter med stomi har bekymringer angående seksuelle problemer (Brown et al., 2005). Nilsen (2010) påpeker at i den første tiden kan den nye situasjonen føre til at pasienten skyver sine seksuelle behov i bakgrunnen. Det er følelsen av å ikke være attraktiv som kan føre til psykososiale problemer, og kan føre til at en ikke klarer å gjenoppta eller innlede til et seksuelt forhold (Nilsen, 2010).

I Brown et al. (2005) sin litteraturstudie peker Nugent et al. (1999) på at 43% av colostomi og 45% ileostomi pasienter har rapportert problemer i forhold til det seksuelle forholdet etter operasjonen. Etter anleggelse av stomi skriver Thorpe et al. (2009) at deltakerne i studien til Manderson (2005) at livet med stomi påvirker seksuallivet i den grad at personen selv og partneren syntes den er avskyelig. Dette kan tyde på tap av helhet og redusert selvfølelse (Thorpe et al., 2009). Hvordan pasienten takler den nye situasjonen er avhengig av pasientens personlighet. Hvis pasienten er trygg på sin egen seksualitet har han bedre forutsetninger for å gjenoppta sitt seksualliv eller til å innlede ett nytt forhold, enn om pasienten ikke hadde vært trygg (Nilsen, 2010). I Popek et al. (2010) sin studie ble det sett nærmere på de seksuelle forskjellene på personer som har høy livskvalitet og lav livskvalitet. Studien fant ut at personene med høy livskvalitet hadde lettere for å akseptere livssituasjonen, men allikevel klare å finne litt glede i seksuallivet. Derimot de med lav livskvalitet hadde vanskeligheter for å akseptere situasjonen, hadde fokus på det negative og gav stomien skylden (Popek et al., 2010).

Pasienter med stomi har økt behov for å samtale om seksualitet, og det har blitt belyst i mange studier. Resultatene i studien viser at muligheten for å snakke og få støtte fra en spesialsykepleier/sykepleier var skuffende (Persson et al., 2005). Dette kommer også frem i studien til Persson & Hellström (2002) da tiden etter operasjonen krever tilpasning og kan medføre at pasienter med stomi blir usikker på sin seksuelle evne og attraktivitet. Det at pasienten får vite hvordan stomien og operasjonen kan påvirke det seksuelle området påpeker Nilsen (2010) som viktig. Den korte ligge tiden i sykehuset etter operasjonen kan gjøre det vanskelig å finne en passende anledning til å snakke om seksualitet og samliv. Det er også mye informasjon som skal mottas i denne perioden (Nilsen, 2010). Mine erfaringer er at ingen snakker om seksualitet til de nyopererte med stomi. Det er forståelig at mange syntes det er ett vanskelig/flaut tema å ta opp. Borwell (2009) peker på at det er viktig at sykepleiere kan ta opp det seksuelle området, noe som kan bidra til et positivt syn på seksualitet. Norilco og Den Norske Kreftforeningen har laget

gode informasjonshefter om seksualitet og samliv. Ved å gi ett hefte/brosjyre til pasienten kan dette lede til en forberedelse til å samtale om seksualitet sammen med sykepleieren (Nilsen, 2010).

Dorman (2009) uttaler seg om viktigheten av å gi pasienten tillatelse til å stille spørsmål eller bekymringer angående seksuelle problemer. Borwell & Breckman (2005) skriver at pasienter kan ha vanskeligheter med å uttale seg, da mange syntes det er pinlig å snakke om erfaringer og intime detaljer. Orem (1995) understreker at menneske-til-menneske-forhold må være etablert mellom sykepleier og pasient for at sykepleieren skal kunne være til hjelp. Samtidig understreker hun at kontaktforholdet må være rettet mot å dekke og identifisere pasientens egenomsorgsbehov (Orem, 1995). Dorman (2009) beskriver også forholdet mellom sykepleier og pasient som viktig. Forholdet spiller en stor rolle i om pasienten vil oppleve negativ eller positive følelser angående dette temaet postoperativt (Dorman, 2009). Nilsen (2010) peker på at det bør oppmuntre og tilrettelegge for at partner skal delta i informasjonen som blir gitt. Det er ofte partner eller ektefelle kan ha mange tanker og spørsmål (Nilsen, 2010).

Kvinnene i studien til Honkala & Berterö (2009) hevder at kvinnene i studien føler seg mindre verdifull og attraktiv som partner/kone. Det gjør at de føler seg usikker og ukomfortabel. Dette belyses også fra en annen side i studien til Thorpe et al. (2009) at grunnen til at mange føler seg mindre seksuelt attraktiv kan frykten for å bli ignorert eller avbrutt være en underliggende årsak. Mange opplever frykt for å bli ensomme og avvist, og mange føler seg mindre attraktive enn før (Nilsen, 2010).

Det er noen enkle tiltak som kan gjøres for å føle seg mer attraktiv, i Persson & Hellström (2002) bruker en deltaker en lang fin bluse for å skjule stomien. Dorman (2009) hevder at det er mange selskaper som selger smigrende undertøy som skjuler stomien under intimitet, noe som kan forbedre selvfølelsen. Nilsen (2010) peker på at mange bekymrer seg om stomiposen er i veien under samleiet, om den knitrer eller om den ødelegges. Posen bør tømmes eller skiftes på forhånd, og det finnes små poser som kan settes på. Nilsen (2010) nevner også at undertøy som skjuler stomien kan være aktuelt å bruke. Borwell & Breckman (2005) påpeker at mange syntes det er en trygghet å bruke et belte både under seksuell aktivitet og andre fysiskekrevenne aktiviteter, og en enkel løsning kan være å bruke den øvre halvdelen av truser til å dekke over magen og stomien. Borwell & Breckman (2005) sier dette kan gi økt følelse av feminitet for kvinner. Dersom partneren får sett stomien under innleggelse på sykehus kan dette gjøre det enklere for pasienten å vise den frem senere (Nilsen, 2010).

Det kan være en utfordring å ikke ha fast partner. Da er man avhengig å ha god kommunikasjon med den man treffer, og mange søker råd om hvordan de kan snakke til den potensielle partneren (Borwell & Breckman, 2005). Salter (1996) sier det er like dumt å ikke fortelle om det som å plutselig finne ut av ved en ulykke. Det kan være til hjelp å finne en forklaring som en føler seg komfortabel med, men

personen med stomi trenger hjelp til å forstå at det kan oppstå skuffende og avvisende reaksjoner fra den potensielle partneren. Noe som kan skyldes manglende kunnskaper og nødvendige ferdigheter, samt vanskeligheter for å respondere (Borwell & Breckman, 2005).

## **6.0 Avslutning**

Avslutningsvis er mine funn at stomi kan ofte ha negativ innvirkning på livskvaliteten. Som sykepleier har vi mange viktige oppgaver, en viktig del er å sørge for at pasienten får god informasjon og kunnskap. Kunnskap som er fokusert på alt fra å håndtere utstyr til hvordan å takle hverdagen, sosiallivet og seksuallivet er viktig for å kunne mestre den nye situasjonen. Orem mener at for å kunne utøve egenomsorg er kunnskap en sentral side fra mennesket. For at mennesket skal gjenvinne eller bevare normal funksjon, utvikling, helse og velvære er egenomsorgsbehovene konkrete mål som må settes i fokus (Kristoffersen, 2005).

Det er oppsiktsvekkende å se det høye antallet av personer som opplever komplikasjoner etter stomi anleggelse. Mangel på god informasjon kan være en av årsakene. Sykepleieren må legge til rette for åpen kommunikasjon samt spørsmål og tanker fra pasienten. Seksualitet er ett tema som ofte kan være tabubelagt. Derfor er det viktig at jeg som sykepleier og andre er bevisst på dette, da dette kan ha stor betydning for selvtilliten og livskvaliteten til pasientene.

Oppgaven ble annerledes enn hva som var planlagt. Innledningsvis ble det fortalt at jeg skulle undersøke pasienter i den postoperative perioden på sykehuset, men dette var vanskelig å finne god forskning på. utfordringene i hverdagen var i mitt syn like nyttige og relevante å bruke, da dette gir sykepleieren ett innblikk på hva som møter personene etter hjemkomst. Det er flere utfordringer som jeg ikke har berørt i denne oppgaven, da det finnes mange ulike utfordringer som kan påvirke livskvaliteten etter stomianleggelse. utfordringene som pasienten møter er svært individuelle, og jeg anser mine funn som aktuelle i forhold til min problemstilling.

## Litteraturliste

- Borwell, B. (2009). Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *British Journal Of Community Nursing*, 14(8), 326-331.
- Borwell, B. & Breckman, B. (2005). Specific aspects of care for patients with ileostomies and colostomies. I B. Breckman. (red). *Stoma care and rehabilitation*. (s. 69-91). Philadelphia, USA: Elsevier.
- Breckman, B. (2005). Communicating effectively. I B. Breckman. (red). *Stoma care and rehabilitation*. (s. 107-120). Philadelphia, USA: Elsevier.
- Breckman, B. (2005). Towards leaving hospital. I B. Breckman. (red). *Stoma care and rehabilitation*. (s. 121-131). Philadelphia, USA: Elsevier.
- Breckman, B. (2005). Problems in stomal management. I: B. Breckman. (red). *Stoma care and rehabilitation*. (s. 277-296). Philadelphia, USA: Elsevier.
- Bredland, E.L., Linge, O.A. & Vik, K. (2012). *Det handler om verdighet og deltakelse, Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brown, H., & 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.
- Burch, J. (2013). Stoma complications: an overview. *British Journal Of Community Nursing*, 375-378.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgave skiving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Soerensen, E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412. Doi:10.1097/WON.0b013e3182987e0e
- Dorman, C. (2009). Ostomy basics. *Rn*, 72(7), 22-27.

- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Grønnestad, B.K. & Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. *Vård i Norden*. 24(4), 4-8. Hentet fra <http://www.vardinorden.no/>
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping – Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Honkala, S., & Berterö, C. (2009). Living with an ostomy: women's long term experiences. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 29(2), 19-22.
- Høgskolen Stord/Haugesund (2013, 27. November). *Oppgi kilder, skriv sitater, lage referanseliste*. Hentet fra: [http://www.hsh.no/biblioteket/studiestotte/kildebruk\\_og\\_referanseliste\\_r.htm#webside2](http://www.hsh.no/biblioteket/studiestotte/kildebruk_og_referanseliste_r.htm#webside2)
- Johnson, A. & Porrett, T. (2005). Discharge planning and supporting patient self care. I: T. Porrett & A. McGrath. (red.), *Stoma Care (s.104-113)*. Oxford: Blackwell publishing.
- Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug. (red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 4. (s. 13-99)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- McGrath, A. & Porrett, T. (2005). Faecal and urinary stomas and the restorative surgical procedures developed to avoid stoma formation. I: T. Porrett & A. McGrath. (red.), *Stoma Care (s.17-31)*. Oxford: Blackwell publishing.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid, i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte. (u.å). *Besøktjenesten*. Hentet 27. januar 2014 fra <http://norilco.no/besok.asp?meny=5>
- Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte. (u.å) *Hva er stomi*. Hentet 7. februar 2014 fra <http://norilco.no/omstomi.asp?meny=3>
- Nilsen, C. (2010). Sykepleie til pasienter med stomi. I: H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth. (red.), *Klinisk sykepleie 2* (3. utg., s.103-132) Oslo: Gyldendal akademisk.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal Of Nursing*, 14(6), 320-324.
- Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63*. Hentet 20 januar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Persson, E., Gustavsson, R., Hellström, A., Lappas, G., & Hultén, L. (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., & Hellström, A. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 29(2), 103-108.
- Popek, S., Grant, M., Gemmill, R., Wendel, C.S., Mohler, J., Rawl, S.M., ... Krouse, R.S. (2010). Overcoming challenges: life with an ostomy. *The American Journal of Surgery*. Doi: 10.1016/j.amjsurg.2010.07.009.
- Porrett, T. (2005). Questions commonly asked by the patient with a newly formed stoma. I: T. Porrett & A. McGrath. (red.), *Stoma Care (s.114-129)*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Reintan, A.M. (2010). Mestring. I: Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2* (3. utg. s.74-107) Oslo: Akribe.

- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I: U. Knutstad. (red.) *Sentrale begreper I klinisk sykepleie, sykepleieboken 2* (3.utg., 29-55). Oslo: Akribe.
- St.Meld. nr. 34. (2012-2013). Folkehelse meldingen. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>
- Stubberud, D.G & Nilsen , C. (2010). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I: H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth. (red.), *Klinisk sykepleie 1*.(4.utg., 431-452) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Taylor, C., Robert, & Gabe, S. (2012). Rehabilitation needs following stoma formation: a patient survey. *British Journal Of Community Nursing*, 17(3), 102-107
- Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(9), 1778-1789.  
doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05059.x
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wahl, A.K. & Hanestad, B.R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad. (red.), *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring* (3.utg., s. 29-59) Oslo: Chappelen akademisk forlag.



## VEDLEGG I. Litteratursøk.

Database	Søkeord	Resultat	Utvalgt
CINAHL	Stoma AND Quality AND Hospital care	27 treff	1 utvalgt:  <b>Learning to live with a permanent intestinal</b> (Danielsen, A.K., Soerensen, E.E., Burcharth, K. & Rosenberg, J.)
Vård i Norden	Stoma	3 treff	1 utvalgt:  <b>Living with an ostomy: Women`s long term experiences.</b> (Honkala, S. & Berterö, C.)
CINAHL	Ostomy AND Patients AND Perceptions AND Quality	9 treff	1 utvalgt:  <b>Ostomy patients` perceptions of quality of care.</b> (Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A.L., Lappas, G. & Hultén, L.)
PUBMED	Experiences AND Postoperative AND Ostomy care	21 treff	1 utvalgt:  <b>Experiences of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostmy surgery</b> (Persson, E. & Hellström, A.L)
PUBMED	Bodily change AND Stoma	4 treff	1 utvalgt:  <b>Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis</b> (Thorpe, G., McArthur, M. & Richardson, B.)

## VEDLEGG II. Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel.

### SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN OVERSIKTSARTIKKEL

#### FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

#### Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users`Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme.  
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med oversikten klart formulert?</b>  <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> <i>Er det et tydelig og relevant spørsmål?</i> <input type="checkbox"/> <i>Kva er hovedsammenligningene?</i>	<b>Ja</b>  <b>O</b>	<b>Uklart</b>  <b>O</b>	<b>Nei</b>  <b>O</b>
---	---------------------------	-------------------------------	----------------------------

## KAN VI STOLE PÅ RESULTATENE

<b>2. Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene?</b>  <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> <i>Se etter populasjon, tiltak, kontroll og utfallsmål.</i> <input type="checkbox"/> <i>Vurder om de har inkludert relevante studiedesign</i>	<b>Ja</b>  <b>O</b>	<b>Uklart</b>  <b>O</b>	<b>Nei</b>  <b>O</b>
<b>3. Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?</b>  <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> <i>Er det søkt i relevante databaser, og er tidsrom for søkene og benyttede søkeord oppgitt?</i> <input type="checkbox"/> <i>Er referanselister(i inkluderte studier, andre oversiktsartikler, konsensusrapporter etc) gjennomført?</i> <input type="checkbox"/> <i>Er ressurspersoner på fagfeltet kontaktet?</i> <input type="checkbox"/> <i>Er det lett etter upublisert materiale og artikler publisert på andre språk enn engelsk?</i>	<b>Ja</b>  <b>O</b>	<b>Uklart</b>  <b>O</b>	<b>Nei</b>  <b>O</b>
<b>4. Er risiko for bias (systematiske feil) på de inkluderte studiene vurdert?</b>  <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> <i>Er det presisert hvilke kriterier man har benyttet for å vurdere risiko for bias?</i> <input type="checkbox"/> <i>Er en slik vurdering foretatt av flere personer, og har de utført evalueringen uavhengig av hverandre?</i> <input type="checkbox"/> <i>Er manglende informasjon i publisere artikler hentet inn?</i>	<b>Ja</b>  <b>O</b>	<b>Uklart</b>  <b>O</b>	<b>Nei</b>  <b>O</b>

5. <b>Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte?</b>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>
<p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dersom meta-analyse: var populasjonene og tiltakene i enkeltstudiene "like nok" til å slås sammen?</li> <li><input type="checkbox"/> Var resultatene i enkeltstudiene "like nok" til å slås sammen (heterogenitet)?</li> <li><input type="checkbox"/> Er eventuelle variasjoner i resultatene forklart og diskutert?</li> <li><input type="checkbox"/> Var det kliniske eller statistiske grunner som hindret en meta-analyse? Var analysen/tolkningen fornuftig: obs "vote counting"</li> <li><input type="checkbox"/> Husk at "no evidence" ikke er det samme som "evidence of no effect"</li> </ul>	0	0	0

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>6. Hva forteller resultatene?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kan du oppsummere resultatene for viktige utfall i en setning?</li> <li><input type="checkbox"/> Hvor stor er effekten for de ulike utfallsmålene i en eventuell meta-analyse? Er det en viktig forskjell?</li> </ul>	
<p><b>7. Hvor presise er resultatene?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hvor presist er effektestimater? (se på bredden av konfidensintervallet og vurder minimal viktig effekt).</li> </ul>	

**KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I PRAKSIS**

<p><b>8. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Er deltagerne som inngår i oversikten representative for de du møter i din praksis?</li><li><input type="checkbox"/> Kan tiltaket overføres til din praksis? (nødvendige ressurser, etikk etc.)</li></ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>
<p><b>9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker</li></ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>
<p><b>10. Bør praksis endres som følge av funnene i denne oversikten?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ta hensyn til om nytten er større enn kostnadene og evt. bivirkninger.</li></ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>

### Vedlegg III. Sjekkliste for kvalitativ forskning

## SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

***Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.***

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.phru.org.uk/~casp](http://www.phru.org.uk/~casp)
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. BMJ 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001;358:397-400.

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien tydelig?</b>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>
TIPS:	O	O	O
<input type="checkbox"/> Går det klart fram hva som blir studert?			
<input type="checkbox"/> Er dette en interessant eller relevant problemstilling?			
<b>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>
TIPS:	O	O	O
<input type="checkbox"/> Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter?			

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b></p> <p>TIPS: I <b>strategiske utvalg</b> er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <p><input type="checkbox"/> Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor?</p>	<b>Kommentar:</b>
<p><b>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</b></p> <p>TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <p><input type="checkbox"/> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> Er metoden som ble valgt den beste for å belyse</p>	<b>Kommentar:</b>

<p><b>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li><input type="checkbox"/> Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>8. Er etiske forhold vurdert ?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ble studien forklart for deltagerne?</li> <li><input type="checkbox"/> Ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>

HVA ER RESULTATENE?



<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i></li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
--	--------------------------

## KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i></li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
--	--------------------------

## Vedlegg IV. Sjekkliste for randomisert kontrollert studie

### SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

#### FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

#### Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
  
- Critical Appraisal Skills Programme.  
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O
<b>2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?</b>	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<b>3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet</li> <li><input type="checkbox"/> Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc)</li> <li><input type="checkbox"/> Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerte, funksjon</li> </ul>	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O
<b>4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes.</li> <li><input type="checkbox"/> For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll ?</li> </ul>	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O
<b>5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig.</li> <li><input type="checkbox"/> Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding.</li> <li><input type="checkbox"/> Den som måler utfallet kan som regel blindes.</li> </ul>	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O

<p><b>6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Var det stort frafall, - og er frafallet likt fordelt i gruppene?</li> <li><input type="checkbox"/> Er grunner for frafall beskrevet?</li> <li><input type="checkbox"/> Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</li> <li><input type="checkbox"/> Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>O</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
--	-----------------------	---------------------------	------------------------

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>7. Hva er resultatene?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning?</li> <li><input type="checkbox"/> Hva er effektestimaten for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosent, RR, NNT etc..</li> <li><input type="checkbox"/> Er det en viktig forskjell?</li> </ul>	
<p><b>8. Hvor presise er resultatene?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Er det oppgitt p-verdi?</li> <li><input type="checkbox"/> Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt</li> </ul>	

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

<p><b>9. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis?</li> <li><input type="checkbox"/> Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart?</li> <li><input type="checkbox"/> Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet? (Vurder for eksempel dose, varighet)</li> <li><input type="checkbox"/> Er tiltaket akseptabelt for brukerne?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>O</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
---	-----------------------	---------------------------	------------------------

<p><b>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker</li> <li><input type="checkbox"/> Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>
<p><b>11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger?</li> <li><input type="checkbox"/> Støttes resultatene i en systematisk oversikt?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><b>O</b></p>

