



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgåve

Kandidatnr: 12

Leveringsfrist: 22.02. 2013 kl. 1400

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

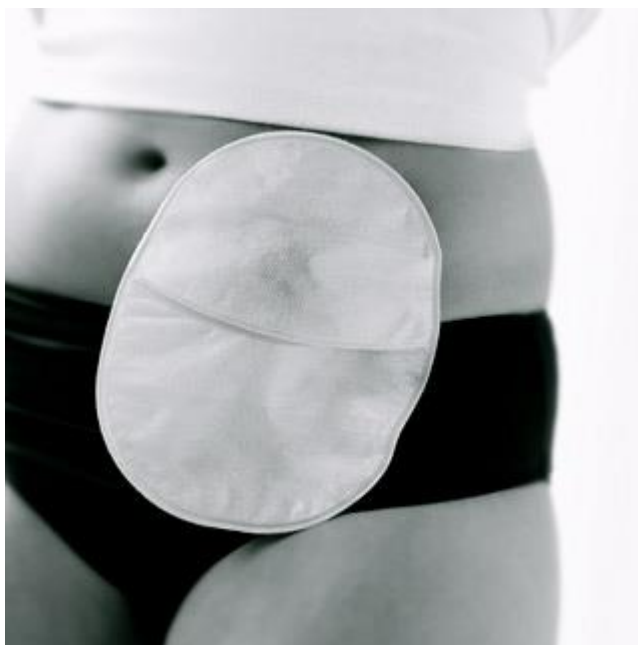
Fagansvarlig: Benny Huser

Vegleiar: Kari Marie Thorkildsen

Antall ord: 8968

Stomi

- Å meistra ein ny levemåte -



Bilete henta 03.01.13 frå: <http://listajenta.blogspot.no/2011/11/stomi-utlagt-tarm-tarm-i-pose.html>

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Stord, Februar 2013

Kull 2010



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

SAMANDRAG

Tittel: Stomi – å meistra ein ny levemåte.

Bakgrunn for val av tema: 8-10.000 av den norske befolkninga har stomi. Litteratur belyse, og eg har sjølv sett i praksis, at mange pasientar har problem med å tilpasse seg den nye kvardagen med stomi.

Problemstilling: Kva erfaringar og opplevingar har pasientar som er operert for stomi, og korleis kan sjukepleiar bidra til meistring hos desse pasientane?

Oppgåvas hensikt: Oppgåva ønskjer å belysa kva behov og erfaringar pasientar som er operert med stomi har, og korleis sjukepleiar kan møte desse pasientane, særleg for å bidra til meistring av ein ny kvardag.

Metode: Oppgåva er eit litteraturstudie. Det er blitt gjennomført søk ved CINHAL, SveMed+ og Ovid Nursing med hovudvekt på søkeorda *stoma*, *coping* og *impact of care*. Dei fem aktuelle forskingsartiklane som er med i denne studien, er alle henta frå CINAHL. Alle forskingsartiklane er frå etter 2004.

Resultat: Studiane viser at det er mange vanskelege følelsar og opplevingar knytt til det å få ein stomi. Frykt, angst og bekymring er sentrale følelsar, samt opplevinga av eit endra kroppsbilete. Frykta for lekkasje er stor. Stomien går ut over både det sosiale og arbeidslivet. Kvardagen blir prega av planlegging og tilretteliggjing. Fleire stomipasientar ytrar eit ønske om meir støtte og informasjon. Sjukepleiar må vere bevisst på kva oppleving pasienten har i situasjonen, og at alle pasientar opplev situasjonen ulikt.

Oppsummering: Stomipasientar vil ha forskjellige opplevingar av sin situasjon, det er derfor viktig at sjukepleiar blir kjend med personen bak stomien og kartlegg kva opplevingar og følelsar han har. Pasienten må ha dekkja praktiske og psykiske behov for å kunna meistra sin nye kvardag. Desse pasientane treng god oppfølging, støtte og informasjon, og sjukepleiar treng den nødvendige kunnskapen og opplæringa for å hjelpa desse pasientane.

Nøkkelord: Stomi, Opplevingar, Sjukepleie, Meistring.

SUMMARY

Title: Stoma - to manage a new way of life.

Background for choice of topic: 8-10.000 of the Norwegian population has a stoma. Literature shows, and I have experienced in practice that many patients struggle with adaptation to their stoma.

Topical approach: What experiences and knowledge have patients with a stoma and how can nurses contribute to coping with these patients?

The purpose of the thesis: The task wishes to expose the needs and challenges patients with a stoma confronts, and how the nurse can meet these patients when it comes to coping the new way of life.

Method: This task is a literature study. It has been done searches at CINAHL, SveMed+, and Ovid Nursing with primary emphasis on the keywords *stoma*, *coping* and *impact of care*. The five current research articles that are involved in this study are all obtained from CINAHL. All of the research articles in this study are not older than from year 2004.

Results: The studies show that there are several difficult experiences attaches to having a stoma. Fear and anxiety are central emotions, together with the experience of a changed body image. The fear of leakage is big. The stoma can have impact on both social life and working life. Daily routine are characterized by planning and facilitating. Several stoma patients are expressing a need for more support and information. The nurse must be aware of the experience the patient have, and that all patients have different experiences in their situation.

Summary: The stoma patients will have different experiences of their situation, and it is therefore important that the nurse can see the person behind the stoma and mapping the experience and emotions he has. The patient must have both practical and mental needs covered for him to cope with his new way of life. These patients need good follow-up, support and information, and the nurse needs the necessarily knowledge and training to help these patients.

Keywords: Stoma, Experience, Nursing, Coping.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEIING	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Problemstilling	1
1.3	Val, avgrensing og presisering av problemstilling	2
1.4	Mål for bacheloroppgåva.....	2
2	TEORI	3
2.1	Sjuepleiarteori	3
2.1.1	Benner og Wrubel om stress og meistring	3
2.1.2	Benner og Wrubel om omsorg	3
2.1.3	Målet for sjukepleien.....	4
2.2	Heimesjukepleie	4
2.3	Stomi.....	5
2.3.1	Colostomi	5
2.3.2	Ileostomi.....	5
2.4	Kosekvensar for pasienten.....	5
2.6.1	Frustrasjon, tap og eit endra sjølvbilete	6
2.6.3	Fare for nedsatt livskvalitet.....	6
2.6.4	Sjukepleie til stomipasienten	6
3	METODE.....	8
3.1	Litteraturstudie som metode	8
3.2	Framgangsmåte.....	9
3.3	Inklusjons – og eksklusjonskriteria	11
3.4	Kritisk vurdering	11
3.5	Etikk i oppgåveskriving	14
4	RESULTAT.....	15
4.1	Living with a stoma: a review of the literature	15
4.2	Ostomy patients' perceptions of quality of care.....	15
4.3	Traditional versus telenursing outpatient management of patient with cancer with new ostomies	16
4.4	Rehabilitation needs following stoma formation: a patient survey.....	17
4.5	A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery.....	18

4.6	Oppsummering av funn	19
5	DISKUSJON.....	20
5.1	Følelsar hos den stomiopererte	20
5.2	Seksualitet.....	21
5.3	Sosiale konsekvensar	21
5.4	Informasjon, kommunikasjon og brukarmedverknad	22
5.5	Sjukepleiar si rolle – meistring hos stomipasienten	23
6	AVSLUTNING	27
	REFERANSELISTE	28

Vedlegg 1

1 INNLEIING

Eg har valt å skrive om stomi fordi eg synes at det er spennande ved at kvar og ein stomipasient er forskjellig ved at dei reagerer ulikt på situasjonen, og ved at dette er eit aktuelt tema i dag. I denne studien skal eg bruke sjukepleiarteoriane Benner og Wrubel, som blant anna har eit stort fokus på meistring. Dei hevder at visst ein skal hjelpe andre må ein først og fremst forstå korleis pasienten opplev sin situasjon og kva moglegheiter han opplev at han har (Konsmo, 2003).

Stomi er eit gresk ord og betyr opning eller munn (Nilsen, 2010). Det antas at rundt 8 -10.000 personar lev med stomi i Noreg (Norilco, u.å). Å leva med stomi kan vera ein skremmande situasjon som krev vegleiing, informasjon og støtte. Sjukepleiar bør sitte på den kunnskapen og yte den sjukepleia som er nødvendig for at pasienten skal oppleve optimal meistring over den framande og skremmande situasjonen det kan vere å skulle leve med ein pose på magen.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I min heimesjukepleiepraksis, både frå arbeidserfaring og frå praksis, har eg møtt på fleire stomipasientar som har hatt store problem med å tilpassa seg den nye kvardagen. Dei har vore prega av årsaka som har nødvendiggjort stomien, psykiske og psykososiale problem som har gått på eit endra kroppsbilete og sosiale vanskar, og praktiske problem med å handtera den nye stomien. Stomipasientar er ofte prega av frykt, bekymring og tankar då det ofte er ein kreftdiagnose som gjer stomien naudsynt. Eg har sjølv sett i praksis at nokre pasientar vegrar seg for å delta i det som angår stomien og gjer frå seg alt ansvaret til sjukepleiaren. Eg hugsar spesielt ei dame som nekta å delta i stellet av stomien, som brakk seg og blei kvalm. Slike faktorar kan komme i vegen for meistring. Sjukepleiar i heimesjukepleia spelar ei viktig rolla i den første tida med den nye stomien. I denne oppgåva stillar eg spørsmål ved kva erfaringar og opplevingar pasientar med stomi har, og korleis sjukepleiar kan bidra til meistring hos desse pasientane.

1.2 Problemstilling

Kva erfaringar og opplevingar har pasientar som er operert for stomi, og korleis kan sjukepleiar bidra til meistring hos desse pasientane?

1.3 Val, avgrensing og presisering av problemstilling

Når det gjeld type stomi så vil eg halde meg til ileostomi og colostomi. Eg skal ha vekt på vaksne, både menn og kvinner. Eg vil ha fokus på at sjukepleia kjem frå heimesjukepleien, då desse har ei viktig innverknad når pasienten har returnert til heimen. Pasienten sine erfaringar og opplevingar bør vere utgangspunktet for korleis sjukepleie skal vere, eg har derfor valt å ha ei to- ledda problemstilling som både går på korleis pasienten opplev situasjonen og kva sjukepleiar kan gjer i forbindelse med dette.

1.4 Mål for bacheloroppgåva

Med denne litteraturstudien ønskjer eg å auke min kunnskap når det gjeld pasientar som er operert med stomi. Eg har ein del erfaring frå stomipasientar frå før, men gjennom litteratursøk vil eg lære meir om kva forskjellige opplevingar pasientane har om tida etter operasjonen, og korleis sjukepleiar kan møte desse pasientane på ein god måte for å hjelpe pasienten å meistre den nye kvardagen.

2 TEORI

2.1 Sjukepleiarteori

Denne oppgåva bygger på Benner og Wrubel sin sjukepleieteori. Teorien deira bygger på eit ønskje om å skapa eit språk som får fram korleis ulike menneskjer lev ut i frå opplevingar i livet deira, samt korleis kunnskapsrike og omsorgsfulle sjukepleiarar arbeider. Dei hevdar at naturvitskapleg eller sosialvitskapleg språk ikkje kan skildra det som skjer i livet til eit menneske eller korleis sjukepleiar arbeider (Konsmo, 2003, s.77).

2.1.1 Benner og Wrubel om stress og meistring

Når ein står i fare for å mista noko ein bryr seg om, på grunn av sjukdom, død eller andre omliggande årsaker, vil dette bli opplevd som stress. I slike situasjonar er det nødvendig å lære seg nye måtar å fungere på eller å finna mening. Meistring er det ein gjer med stresset. Benner og Wrubel meiner at ein meistrar så godt ein kan ut i frå den aktuelle situasjonen, og at kva eller kven ein bryr seg om og korleis eins forhold til det er, i stor grad er bestemt av kva moglegskapar ein har for å mestre dette stresset. Dette heng saman med korleis ein mobiliserar ressursar. Visst ein er likegyldig og ikkje bryr seg om noko, kan alt bli opplevd som meningslaust. Dette er ein stor trussel mot meistringa. Ein kan slik seia at det å bry seg om noko eller nokon, er grunnleggande for meistring (Konsmo, 2003, s.21).

Om ein ønskjer å hjelpe andre må ein forstå korleis pasienten opplev sin noverande situasjon og historie, samt kva moglegskapar han sjølv opplev at han har. Ut i frå dette kan ein kanskje hjelpa pasienten til å skapa fleire moglegskapar ved å lære han nye ferdigheiter, tolka, vegleia eller rett og slett ved å gi omsorg (Konsmo, 2003, s.85.). Kor mykje ein involverer seg i situasjonen vil vere med på å prege korleis ein meistrar stresset (Konsmo, 2003, s.97)

Kva moglegskapar ein opplev at ein har, blir i stor grad blir påverka av korleis ein forstår ein situasjon og kva ein bryr seg om (Konsmo, 2003, s.123). Å tolka situasjonen på ein annleis måte, endra meningar eller utvikla noko anna å bry seg om, kan føra til at ein får nye meistringsmoglegskapar (Konsmo, 2003, s.124).

2.1.2 Benner og Wrubel om omsorg

Målet med Benner og Wrubel (Konsmo, 2003, s.22) sin teori er å demonstrere at omsorg er den mest grunnleggande sjukepleia, at omsorg har stor innverknad på sjukdom og sjukdommens resultat og at i menneskets oppleving av helse og sjukdom er omsorg primærkjelda til både stress og meistring.

Dei meiner òg at det er heilt nødvendig at sjukepleiaren bryr seg om pasienten og involverar seg i han, slik at sjukepleiar kan forstå situasjonen til pasienten og sjå kva moglegskapar som ligg i den. Visst ikkje omsorg ligg til rette kan ikkje sjukepleiar lindra plagar hos pasienten (Konsmo, 2003, s.21-22).

2.1.3 Målet for sjukepleien

Målet for sjukepleie er å styrke den andre, til å bli det som han eller ho ønskjer å vere (Konsmo, 2003, s.98). Pasienten må oppleve at sjukepleiaren er omsorgsfull for å oppnå dette. Å bry seg om er omsorg, og utan omsorg kan ein verken lege eller lindre (Konsmo, 2003, s.98). Å tolke kva som er viktig for pasienten og å ivareta dette er den største utfordringa til sjukepleiaren. Sjukepleiar bør formidla vidare til anna helsepersonell kva pasienten bryr seg om (Konsmo, 2003, s.99).

2.2 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie kan bli definert som ”sjukepleie i heimen”. Sjukepleiar i heimesjukepleia har eit sjølvstendig ansvar og deira kunnskap og kompetanse er avgjørande for pasienten, ved at han kan leva eit så optimalt liv som mogleg til tross for helsesvikta (Birkeland & Flovik, 2011, s.38-39). Nye operasjonsmetodar og postoperativ pleie effektiviserar utskrivning frå sjukehus, heimesjukepleien får derfor større ansvar når det gjeld oppfølging og rådgiving (Nilsen, 2010, s.127).

I artikkelen *Teaching stoma patients to self-care* (Black, P., 2009) blir det diskutert korleis heimesjukepleie kan hjelpa stomipasienten i forhold til eigenomsorg. Den konkluderar med at helsepersonalet må ha den kunnskapen som er nødvendig og vere bevisst på og forstå dei psykiske, emosjonelle og psykososiale behova ein person med stomi har. Sjukepleiar må vere oppmerksam, oppfinnsam og tolmodig når eigenomsorg skal lærast. Pasienten kan vegre seg for å snakke om ansvar i forhold til stomien og gjerne overlata denne til pleiaren. Tverrfagleg samarbeid er viktig for at pasienten skal få eit godt tilbod.

2.3 Stomi

I medisinsk terminologi blir ordet *stomi* brukt om ein kirurgisk konstruert opning i kroppen, anten frå eit holorgan og ut på kroppen eller mellom to holorgan. Stomi blir delt inn i forskjellige typar, og namnet fortel kor opningen er laga (Nilsen, 2010, s.103). Denne oppgåva avgrensar seg til *colostomi* og *ileostomi*.

2.3.1 Colostomi

Ved ein colostomi er det som regel sigmoideum som er lagt fram på magen. Det er vanlig å plassere denne på venstre side, og det er ein kort stomi med ein lengde på 1-2 cm over huda. Avføringa vil vere fast på grunn av at næringsstoffa blir absorbert i tynntarmen og den delen av tjukktarmen som er igjen klarar å suge opp vatn og salt og fungerer som før. Den vanligaste årsaka til colostomi er kreft, andre årsaker kan vere skader, medfødde misddanningar, stråleskader og kronisk obstipasjon (Nilsen, 2010, s.105-106).

2.3.2 Ileostomi

Når tynntarmen er framlagt blir det kalla ileostomi. Då er tjukktarmen vanlegvis fjerna. Væske og elektrolyttopptaket blir redusert på grunn av den fjerna tjukktarmen, som har ein viktig funksjon i væskeopptaket, og avføringa vil derfor bli tyntflytande. Ved ileostomi er det fare for lekkasje på huda, ileostomi er derfor lenger enn ein colostomi, 3-4 cm utanfor hudnivået. Det er vanleg å plassere denne på nedre høgre side av magen. Den vanlegaste årsaka til ileostomi er ulcerøs kolitt og Chrons sjukdom (Nilsen, 2010, s.104).

2.4 Kosekvensar for pasienten

Mange vil oppleve at verdier blir trua når vi taper kontrollen over eliminasjonen vår. Det å gå på toalettet er noko privat, og vi vil halde lydar og lukter for oss sjølve. Pasienten sine tidlegare erfaringar og opplevingar frå tidlegare i livet vil vere med å påverke situasjonen. Enkelte vil savne å gå på toalettet på ein normal måte; ein har mista ein funksjon (Nilsen, 2010, s.107-108).

2.6.1. Frustrasjon, tap og eit endra sjølvbilete

Pasientar som får stomi er i ein frustrerende situasjon. Stomien kan bli ei redning frå sjukdom og død, men samtidig vil pasienten oppleve frykt og uvisse med tanke på å endre levekår og å få eit endra kroppsbilete. Han er prega av tabuhaldningar og frykt for korleis omgivingane vil møte han. Forsvarsmekanismar, som både er normale og nødvendige, kan redusere pasienten sin evne til å motta informasjon (Nilsen, 2010, s.108).

Både korleis pasienten oppfattar kroppen sin sjølv og andre sine meiningar om kroppsideal påverkar korleis pasienten ser på seg sjølv. Ein stomi kan føra til at pasienten får eit dårlegare sjølvbilete. Gjennom sine handlingar og sin måte å møte pasienten på kan sjukepleiar auka belastninga eller minske den. At pasienten følar seg mindre attraktiv kan føra til seksuelle problem, som sjukepleiar bør ein vere klar over dette og at desse reaksjonane kan føra til depresjon og psykose (Nilsen, 2010, s.108).

2.6.3 Fare for nedsatt livskvalitet

Pasienten blir utfordra med ein endra kropp, som får konsekvensar for livskvaliteten og livsutfoldinga. Kroppens utsjåande blir forandra og det førar med seg praktiske utfordringar. Han tapar kontrollen over avføring eller over urin. Til dømes frykta for lekkasje kan halde pasienten tilbake sosialt, ved at han ikkje deltar på dei same aktivitetane som før eller har problem i arbeidslivet. Det krev ofte stor innsats og tid til å arbeide seg gjennom dei vonde følelsane som oppstår i situasjonen, og ikkje alle klarar å akseptere forandringa like godt (Nilsen, 2010, s.109).

2.6.4 Sjukepleie til stomipasienten

Sjukepleiar må ha praktisk kunnskap om stomistell og nødvendig kjennskap til dei psykiske reaksjonane og forsvarsmekanismane som kan førekoma hos pasientar som får stomi. Avføring og urin er tabulagt i samfunnet vår, og både sjukepleiar og pasient kan ha slike haldningar. Det er viktig at sjukepleiar er bevisst på sine eigne haldningar og kommunikasjon, både verbal og nonverbal. Sjukepleiar bør gradvis trekke pasienten med i stellet. Han bør oppmuntrast til å snakka om sine tankar og reaksjonar. Ei aksepterende og medmenneskeleg

haldning vil bidra til å gi pasienten den tryggleiken han treng for å bygga opp eit godt, nytt sjølvbilete (Nilsen, 2010, s.114-116).

3 METODE

Sosiologen Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s.111) formulerar metode slik:

Ein metode er ein framgangmåte, eit middel til å løysa problem og komma fram til ny kunnskap. Eit kva som helst middel som tener dette målet, høyrer med i arsenalet av metodar.

Metode fortel oss noko om korleis vi skal gå fram for å skaffe kunnskap. Vi vel éin bestemt metode i den grunn av at den gjennom gode data vil kasta lys over spørsmålet vårt på ein fagleg interessant måte. Metoden er vårt reiskap som vi skal bruke i det vi vil undersøke (Dalland, 2012, s.111).

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden i denne oppgåva er litteraturstudie. Litteraturstudie inneberar å systematisk søka, kritisera og samanlikna litteraturen innanfor eit valt tema eller problemområde. Litteraturen bør fokusere på aktuell forskning innan det valte tema, som har innverknad på sjukepleia (Fosberg & Wengström, 2008, s.34).

Eit litteraturstudie skal vere systematisk. Ein skal tydleg skildra undersøkinga sitt formål, litteratursøkinga, kriteria for korleis litteraturen blei valt ut, skildra korleis litteraturen er analysert, diskutera resultata av undersøkinga og skildra eventuelle anbefalingar på bakgrunn av studien. Søkeprosessen er ein viktig del av eit litteraturstudie og det er viktig at denne blir dokumentert. Materiale ein finn skal vurderast og ein må ta stilling til om ein skal ha det med i oppgåva eller ikkje. Å utarbeida gode litteraturstudie krev ei systematisk og analytisk evne, men det gir gode moglegskapar for å skapa eit overblikk over forskning om ei problemstilling (Fredriksen & Beedholm, 2011, s.48-53).

I ein litteraturstudie kan ein bruke både kvalitativ og kvantitativ forskning. Denne oppgåva har begge deler, samt ei systematisk oversikt.

Kvantitativ forskning inneberar hypotetisk deduktiv tenkning som er basert på objektivitet og nøytralitet (Fosberg & Wengström, 2008, s.61), mens den kvalitative vil beskriva, forstå,

forklara og tolka. Forskaren prøver å sjå på situasjonen som om den alltid har vore ny og leiter etter ei heilskapsforståing av ein unik situasjon (Fosberg & Wengstöm, 2008, s.54).

3.2 Framgangsmåte

Eg bestemte meg fort for kva problemstillinga mi skulle vere og kva for ein sjukepleieteori eg skulle bruke. Eg starta med problemstillinga ”korleis kan sjukepleiar bidra til meistring hos pasientar som har stomi”, men fann etter kvart ut at eg måtte ha ei to- ledda problemstilling som òg omhandla følelsar og opplevingar ein pasient som stomi har. Sjukepleiar må vere bevisst på desse følelsane og opplevingane visst ho skal hjelpe desse pasientane til å meistre kvardagen sin, og eg følte derfor at det var nødvendig å få med dette i problemstillinga mi.

Gjennom biblioteket på HSH si nettside fann eg databasar å søke i. Dei databasane eg valte å søke i var CINAHL, SveMed+ og Ovid Nursing. Desse blei brukt fordi eg hadde mest erfaring frå søk i desse databasane. Først brukte eg SveMed+ som eit reiskap for å finne relevante søkeord. Her søkte eg både på norske og engelske ord, gjekk inn på relevante treff og fekk slik tips til kva ord eg kunne bruke vidare gjennom MeSH-termer (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2011, s.47).

Til slutt enda eg opp med å bruke søkeorda stoma, ostomies og ostomy som eg kombinerte med quality of care, impact of care og home care nursing. Eg brukte AND mellom dei forskjellige søkeorda, slik avgrensa eg søket ved å berre gi treff på litteratur der begge søkeorda er med (Nortvedt, et. al., 2011, s.50). Ved å kombinera søkeorda slik fekk eg treff som var relevant for oppgåva mi. Eg leita både i CINAHL og Ovid Nursing, men valte å berre bruka dei eg fann frå CINAHL då eg fann desse mest relevante for mi problemstilling. Eg vurderte og valte artikkane ved å først lese overskrifta og deretter lese samandraget, for så og eventuelt lesa den i full tekst.

Her er ei tabelloversikt over dei artikkane eg fann og som eg valte å bruka:

Tabell 1:

Dette søket i CINAHL førte til at eg fann artikkelen ”Living with a stoma: a review of literature” av Brown & Randle (2005).

Søk i CINAHL 04.01.2013			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat (antall)
S1	Impact of care		29 372
S2	Stoma		1063
S3	Coping		24 786
S4	S1 AND S2 AND S3		7
S5	S1 AND S2 AND S3	Full tekst. Publisert: 20020101-20121231	1

Tabell 2:

Dette søket i CINAHL førte til at eg fann artikkelen ”Ostomy patients’ perceptions of quality of care” av Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas og Hultèn (2005).

Søk i CINAHL 06.01.2013			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat (antall)
S1	Impact of care		29 372
S2	Stoma		1063
S3	S1 AND S2		40
S4	S1 AND S2	Full tekst. Publisert: 20020101-20121231	9

Tabell 3:

Følgande søk i CINAHL førte til at eg fann artikkelen ”Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies” av Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski og Blackett (2004).

Søk i CINAHL 17.12.2012			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat (antall)
S1	Home care nursing		22 965
S2	Ostomies		133
S3	S1 AND S2		11
S4	S1 AND S2	Full tekst. Publisert: 20020101-20121231	1

Tabell 4:

Dette søket i CINAHL førte til at eg fann artikkelen ”Rehabilitation needs following stoma formation: a patient survey” av Taylor, Lopes de Azevedo- Gilbert og Gabe (2012).

Søk i CINAHL 04.01.13			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat (antall)
S1	Community health nursing		29 096
S2	Stoma		1063

S3	S1 AND S2		45
S4		Full tekst. Publisert: 20020101-20121231	25

Tabell 5:

Dette søket i CINAHL førte til at eg fann artikkelen ”A chance to live: Women’s experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery” av Andersson, Engström og Söderberg (2010).

Søk i CINAHL 10.01.13			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat (antall)
S1	Colostomy		845
S2	Experience		84 212
S3	S1 AND S2		74
S4	S1 AND S2	Full tekst. Publisert: 20020101-20121231	14

3.3 Inklusjons - og eksklusjonskriteria

Inklusjonskriteria for at eg skulle ta med studien i oppgåva mi, var at studien måtte omhandla opplevingar og erfaringar stomipasientar har og kva sjukepleiar kan bidra med i forhold til desse. Studien måtte vera frå eit pasientperspektiv og den måtte ha hovudfokus på pasienten og ikkje på det medisinske. Dei studiane som var eldre enn ti år eller ikkje fanst i full tekst vart automatisk ekskludert. Då eg har avgrensa oppgåva mi til å berre ha fokus på ileostomi og colostomi, var det naturleg å ekskludera dei som ikkje omhandla desse.

3.4 Kritisk vurdering

For å fastslå om ein kjelde er påliteleg, må vi bruka kjeldekritikk som metode. Vi må karakterisera og vurdere dei kjeldene som blir nytta (Dalland, 2012, s.67).

Eg har vurdert artiklane kritisk ut i frå sjekklister frå Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta som blir presentert i Nortvedt et. al. (2011, s.68). Her finn ein ulike sjekklister for ulike typar studie. Eg meiner at dei artiklane eg har valt å ha med er svært relevante i forhold til mi problemstilling og at dei vil bidra til at eg kan svare på problemstillinga mi.

Artikkelen av Brown & Randle (2005)

Dette er ei systematisk oversikt. I innleiinga kjem det tydeleg fram kva som er målet med artikkelen. Dei har tatt med all relevant litteratur frå 1990 til 2005, som dei søkte opp elektronisk i databasar. Dei har skildra kva søkeord dei brukte og i kva databasar dei utførte søka i. Inklusjonskriteria var litteratur som gjekk på stomioperasjon, kroppsbilete og psykisk og fysisk tilpassing. Dei ekskluderte litteratur som ikkje var tilgjengeleg på engelsk og det kjem ikkje fram om dei har leita etter upublisert materiale. Dei enda opp med 14 artiklar, som alle står i referanselista. Risiko for systematisk feil på enkeltstudia er ikkje blitt vurdert. Resultat blir presentert under passende kategoriar vidare i artikkelen. Det er ikkje føretatt meta-analyse. Kvaliteten på denne systematiske oversikta kan diskuteras, men eg har likevel valt å ta den med, då den avslørar mange problem og utfordringar hos stomipasientar, og foreslår korleis dette bør påverke sjukepleiaren si rolle.

Artikkelen av Persson et. al. (2005)

Dette er ein kvantitativ studie der målet kjem klart fram. Studien har brukt spørjeskjema. Eg meiner at å bruke ei kvalitativ tilnærming med til dømes intervju kan føra til betre skildring av opplevinga av pleia. Det er klart skildra kven som har deltatt i studien og på kva grunnlag. Alder, forholdet mellom kvinner og menn og sjukdom blei skildra. Ein merknad er fråfallet i studien, 72 % av ileostomipasientane og 55% av colostomipasientane fullførte spørjeundersøkinga. Deltakarane i studien blei altså delt opp i to grupper etter kva sjukdom som hadde nødvendiggjort stomien og kva type stomi dei hadde. Spørjeskjema var ferdig utvikla og kvalitetssikra. Studien er etisk godkjent. Hovudkonklusjonen i studien var at pasientane ikkje var optimalt nøgd med kvaliteten på pleia, og at mangel på informasjon og brukarmedverknad var store grunnar til dette. Svarprosenten i denne studien er litt lav, særleg hos colostomipasientane. Eg har valt å ta denne studien med likevel, då den kastar eit lys over to sentrale emne i sjukepleie; informasjon og brukarmedverknad.

Artikkelen av Bohnenkamp et. al. (2004)

Dette er ein kvantitativ studie. Problemstillinga i denne studien kjem godt fram, både i tittel og i innleiing. Eg meiner at ei spørjeundersøking er ein grei metode for å svara på denne problemstillinga. Det er klart skildra på kva grunnlag informantane er valt, og at det ikkje var noko kontrast mellom dei to forskjellige gruppene. Dei hadde til saman 28 informantar som blei fordelt på to grupper, med og utan "telenursing". Spørjeskjema var utvikla av telemedisinavdelinga, og desse gav samtykke til bruka av spørjeskjema. Då dei to gruppene mottok forskjellige tilbod, blei spørjeskjema litt forskjellig. I tillegg blei Maklebust's (1985)

Ostomy Adjustment Scale sendt ut til pasientane tre månader etter utskriving. Maklebust har testa denne skalaen for validitet og pålitelegheit. Studien er etisk godkjent. Studien viser til at den gruppa som mottok både heimesjukepleie og telenursing, var meir nøgd enn den som berre mottok heimesjukepleie, dette ved at det gjorde omsorgstenesta meir tilgjengleg. Eg synes studien tar opp eit viktig tema når det gjeld tilgjengelegskap av tenesta og at bruk av teknologi, då dette kan bli eit viktig hjelpemiddel i framtida.

Artikkelen av Taylor et. al. (2012)

Dette er ein kvantitativ studie. Problemstillinga er klart formulert. Ein kvalitativ studie ville kanskje fått fram fleire skildringar av følelsar og opplevingar, sjølv om studien inneheld sitat. Det er berre opplyst om deltakarane sin alder og årsak til stomien. Alle som det var kjend at hadde stomi i Greater London og som var tilknytte pleie og omsorgstenesta mottok eit spørjeskjema. Spørjeskjema vart utvikla av representantar frå lokal og primæromsorga, og frå støttegruppa for stomipasientar. Skjema blei testa av 10 personar frå støttegruppa, og etter tilbakemeldingar frå desse vart det gjort nokon endringar. Fem utkast var nødvendig før den blei godkjent frå alle involverte. Svarprosenten er noko lav; 49 %. Metodedelen i denne studien er noko svak. Det er ikkje oppgitt om studien er etisk godkjent. Eg har likevel valt å ta denne studien med fordi at den får fram viktige problemområde hos stomipasienten og korleis dette bør påverke sjukepleie. Eg ser på det som positivt at studien er så ny som frå 2012.

Artikkelen av Andersson et. al. (2010)

Dette er ein kvalitativ studie. Hensikta med artikkelen kjem klart fram. Ei kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig for å få fram subjektive erfaringar. Studien skildrar kriteria for å vere med og kor mange som blei med, men ikkje kvifor akkurat desse 6 kvinnene blei kontakta, om det var fleire pasientar som passa kriteria eller ikkje. Dei enda opp med 5 deltakarar då den eine kvinna ikkje var interessert i å vere med. Forskarane påpeikar sjølv at det er få informantar med i studien, men ser på det positivt ved det, at det blir rom for eit nært og grundig kjennskap til deltakarane.

Tolkinga av data er forståleg og tydeleg, og nokre av informantane har godkjent tolkinga. Studien trekk inn funn frå ein tidlegare studie for å underbygga funna. Studien blei forklart for deltakarane og er etisk godkjent. Funna kan vere nyttig i praksis ved at sjukepleiar veit korleis kvinner har opplevd å få stomi. Sjølv om denne studien bare omhandlar kvinner valte eg å ta den med, då stomi kanskje kan vere ein ekstra stor utfordring for ein kvinnekropp.

3.5 Etikk i oppgåveskriving

Dalland (2012, s.95-96) legg fram at det berre er mennesket sjølv som kan gje oss kunnskap om deira livssituasjon og måten dei forhold seg til samfunnet på. Vi er avhengig av tillit for å få denne kunnskapen, og det er derfor viktig at mennesket føler at dei blir ivaretatt når dei bidrar til vår forskning. Etiske overveingar er særleg viktig når ein jobbar med personopplysningar. Når vi snakkar om forskingsetikk meiner vi området av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning.

Når ein skal arbeide med litteraturstudie bør etiske overveingar gjerast. Det er viktig at studien er godkjent av etisk komité eller at etiske overveingar er blitt gjort. Ein skal presentera alle funn i studien, det er uetisk å utelata nokon funn fordi dei ikkje støttar eige syn (Fosberg & Wengstöm, 2008, s.77).

Då eg leita etter relevante artiklar var eit kriterie at studien skulle vere etisk godkjent. 4 av 5 studiar i oppgåva mi er etisk godkjent. Studien som er gjort av Taylor et. al. (2012) opplys ikkje om studien er etisk godkjend, men eg har likevel valt å ta denne med då deltakinga i studien var frivillig, den beskyttar personopplysningar og er relevant for mi problemstilling. Eg har referert til kjelder som inneheld forfattar, år og sidetal når eg har brukt materiale som er utarbeida av andre. Dette er for å visa kven som står bak teorien, slik at den som les oppgåva mi kan slå opp og slik at eg unngår plagiat i oppgåva.

4 RESULTAT

Her vil eg presentera dei fem ulike forskingsartiklane som eg har valt å ta med i oppgåva. Eg har valt å berre ta med forskning som er i frå eit pasientperspektiv, då dette er viktig for sjukepleiar i forhold til kva ho eller han kan bidra med.

4.1 Living with a stoma: a review of the literature

Forfattarane til denne litteraturoversikta er Brown, H og Randle, J. (2005) som tar føre seg forskingslitteratur frå 1990 til 2005 som omhandlar dei psykiske og sosiale verknadane ein stomipasient kan oppleve. Formålet var å få fram korleis ein stomi påverkar pasienten sitt liv og kva konsekvens dette har for sjukepleie.

Funna viser at det er mange negative følelsar knytt til det å få ein stomi, og at det påverkar livet deira på fleire måtar. Ein stor del av pasientane opplev problem med seksualitet, blant anna impotens. Spesielt kvinner opplevde eit endra kroppsbilete, og mange følte seg mindre seksuelt tiltrekkande, sjølv om ikkje partnaren delte denne meininga. Sjokk, hat, sjenanse, nedsett sjølvrespekt og sjølvtilitt var sentrale følelsar. Praktiske problem som frykta for lekkasje gjorde at fleire gav opp arbeid og unngjekk sosial aktivitet.

Det er viktig at sjukepleiar er bevisst på at alle pasientar vil ha forskjellige reaksjonar, og at desse kan forandre seg over tid. Pasientar treng støtte frå sjukepleiar dersom dei opplev endra kroppsbilete. Funn viser at visst pasienten opplev gode relasjonar og aksept, vil pasienten føla seg trygge på å spørje spørsmål og søke hjelp. Gir sjukepleiar moglegskapar for open og generell kommunikasjon vil positive følelsar bli styrka. Det er viktig at sjukepleiar og pasient delar same språk, slik at pasienten forstår budskapet. Pasientar som opplev støtte har i stor grad opplevd mindre problem. Sjukepleie skal vere organisert slik at pasienten har dei psykiske og psykososiale behova dekkja for å styrka meistring og eigenomsorg. Den første tida etter operasjonen er spesielt viktig, står pasienten i fare for å utvikla psykososiale problem, må sjukepleiar vurdere og gripe inn tidlig. Alle sjukepleiarar er i ein unik posisjon til å hjelpe pasientar til å akseptere kroppen sin og å tilpassa seg den nye kvardagen. Visst sjukepleiar skal klare dette er det viktig med tilstrekkelig kunnskap og opplæring.

4.2 Ostomy patients' perceptions of quality of care

I studien som er gjort av Persson, E., Gustavsson, B., Hellstöm, A.L., Lappas, G. og Hultèn, L (2005), var målet å vurdere kvaliteten på omsorg hos stomipasientar, sett frå eit pasientperspektiv. To grupper pasientar blei studert; pasientar med permanent colostomi som følgje av kreft og pasientar med ileostomi som følgje av ulcerøs colitt. Eit spørjeskjema vart sendt til alle pasientar ved ein stomiklinikk i Göteborg, Sverige. 42 pasientar med ileostomi og 49 med colostomi deltok. Spørjeskjema innebar spørsmål som dreia seg om pasienten si oppleving av informasjon, deltaking, behandling, haldningar hos helsepersonellet og stomikomplikasjonar.

Ein tredjedel av colostomipasientane og halvparten av ileostomipasientane viste seg å vere missnøgd med informasjonen som gjekk på undersøkingar og testar, og ein større del av pasientane var missnøgd med moglegskapen dei hadde fått til å delta i avgjerder eller til å diskutera seksuelle problem. Mesteparten av pasientane i begge gruppene var nøgd med haldningar hos helsepersonellet og behandling, med det var unntak. Nokre av pasientane var missnøgd med sjukepleiaren sin interesse for deira situasjon heime, samt sjukepleiaren sin interesse i korleis dei hadde det. Pasientar i ileostomigruppa som ikkje hadde hatt stomikomplikasjonar var missnøgd med moglegskapen for å kommunisera med sjukepleiar om helse og livssituasjon. Studien viser at colostomipasientane var meir nøgd med tilbodet om kommunikasjon. Studien foreslår at dette kan vere på grunn av at desse pasientane har blitt operert som følgje av ein kreftdiagnose, og at dei slik har blitt vurdert meir engstelege og derav for eit større behov for kommunikasjon.

Alt i alt viser denne studien at pasientane ikkje var optimalt nøgd med kvaliteten på pleia dei hadde fått. Til tross for eit lavt tal deltakarar er ikkje resultata som kjem fram i studien akseptable. Det trengst ei forbetring både når det gjeld informasjon til stomipasientar og i det å leggja til rette for deltaking i eigen behandling og personleg helse. Sjukepleiar treng meir opplæring når det gjeld å handtere spørsmål som omhandlar seksualitet, å gi informasjon, støtte og praktiske råd til stomipasientar.

4.3 Traditional versus telenursing outpatient management of patient with cancer with new ostomies

Bohnenkamp, S.K., McDonald, P., Lopez, A.M., Krupinski, E., og Blackett, A. (2004) sin studie hadde som formål å måla effekten av “telenursing” (bruk av telefonkommunikasjon) på pasientar skreve ut med stomi som følgje av kreftbehandling. Dei hadde to grupper med 14

pasientar i kvar, der ei gruppe fekk heimesjukepleie og ”telenursing”, mens den andre berre fekk heimesjukepleie. ”Telenursinga” bestod av å snakka med ein stomisjukepleiar frå eit sjukehus. Alle deltakarane hadde blitt skreve ut frå eit sørvestleg universitetssjukehus. I etterkant fekk deltakarane eit spørjeskjema om kor nøgd dei var med tenesta.

Heimesjukepleiegruppa klarte å handtere stomien sin etter 15.07 dagar etter operasjonen, og 81% var nøgde med tenesta, mens heimesjukepleie/”telenursing” handterte den etter 13.71 dagar etter operasjonen og 93% var nøgde med tenesta. Alle informantane var einige i at bruk av telefonkommunikasjon gjorde omsorgstenesta meir tilgjengeleg. Det var ingen særleg forskjell i kostnaden mellom desse to tenestene. ”Telenursinggruppa” var altså meir nøgd med sjukepleia etter utskrivning enn gruppa som berre mottok heimesjukepleie. Den førstnemnte gruppa meinte at stomisjukepleiar betre forsto problema deira enn heimesjukepleien, og dei var meir komfortable med informasjonen dei fekk der. Stomisjukepleiaren var i stand til å individualisere sjukepleien og forbetra pasientopplevinga.

4.4 Rehabilitation needs following stoma formation: a patient survey

Formålet med Taylor, C., Lopes de Azevedo-Gilbert, R., og Gabe, S. (2012) sin kvantitative studie var å kartlegge rehabiliteringsbehovet hos pasientar som har fått stomi, og kva opplevingar dei hadde om hjelpa og støtte som blei tilbudd. Slik ville dei bruka funna til å forbetra framtidig pasientbehandling og vidare dei lokale omsorgstenestane.

Studien gjekk føre seg i Storbritannia, Greater London, og ved å senda ut spørjeskjema som gjekk ut på stomikomplikasjonar, arbeidsrelaterte problem, samarbeid med helsepersonell og tilgang til tenesta. 203 skjema blei sendt ut til alle i området som det var kjent at hadde stomi, 100 skjema blei returnert. Det var ikkje alle pasientane som fekk heimesjukepleie etter heimreise, då dei hadde blitt vurdert på sjukehuset for å klare seg sjølv.

Frykt og bekymring var sentrale følelsar i tida etter heimreisa. Å venda tilbake i arbeid var ei vanskeleg omstilling for mange, og fleire påpeikte at dei kunne trengt meir støtte i denne utfordringa. Ein kommenterar at han ikkje var klar for arbeidslivet igjen, men blei snart tom for pengar og visste ikkje kor han kunne gå for å få støtte. Ein pasient kommenterte at han hadde likt å snakka med nokon som forsto, han hadde ikkje fått tilbod om støttegruppe for stomipasientar. 26 % meinte av hjelpebehovet var størst dei første seks vekene, mens 56 % meinte dei første seks månadane.

Funna viser at bekymringar for lekkasje og mangel på sjølvtrillit var viktige faktorar som kunne forsinka sosialt engasjement. Ei viktig del av sjukepleiaren si rehabiliterande rolle skal vere å hjelpe stomipasienten til å returnera til sitt vanlige liv og aktivitetar, ved å kartlegga behova og bekymringane deira. Funna frå studien viser at det var heimebesøka som blei prissett høgast, antakelig fordi det var nokon å snakka med i sitt eige, trygge miljø. Heimesjukepleie er viktig i den første tida for å førebygga eigenomsorg. Sjukepleiar skal kartlegga eventuelle psykiske og psykososiale behov.

4.5 A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery

I denne studien, som er gjort av Andersson G., Engström, Å. og Söderberg, S., (2010) var hensikten å skildra kvinners erfaringar om det å leva med ein colostomi som følgje av ein cancer colon. Dette er ein kvalitativ studie der det er blitt gjort intervju med fem forskjellige kvinner. Kriteria var å vere ei kvinne som hadde hatt cancer colon og i denne samanhengen hadde stomi, og som fortsett var i jobb. Studien har gått føre seg nord i Sverige. Spørsmåla i intervju gjekk på livet før kreftdiagnosen, operasjonen sjølv, livet med ein stomi og kva påverknad denne hadde for kvardagen, forhold, arbeid, kroppsbilete og seksualitet.

Informantane følte seg trist og skremt etter å ha motteke kreftdiagnosen, då denne leda til spørsmål om helse, liv og død. Det var vanskeleg å godta denne diagnosen, men dei følte likevel ei letting då dette forklarte årsaka til problema deira. Bekymringa for at kreften ville spreie seg var stor. Frykt for lekkasje, gass og lukt frå stomien var stor, og alle fem hadde opplevd at dette skjedde. Kvardagen blei automatisk prega av planlegging; dei måtte heile tida ha med seg nødvendig utstyr, bestilla utstyr i god tid, sikra seg om kvar næraste toalett var og vere obs på kva dei åt. Sex var ikkje mogleg, men ingen av kvinnene såg på dette som eit stort problem. Familie og venner var svært viktig for kvinnene. Med dei følte dei at dei kunne vere seg sjølv utan å ha for mange bekymringar. Kvinnene peikte særleg på kor viktig god informasjon var. Dei hadde god erfaring med å ha med seg partnaren eller ein venn når informasjon blei gitt, slik at dei kunne hugsa betre kva som blei sagt. Alle fem var medlem i ei støttegruppa for stomiopererte og hadde god erfaring frå dette.

Studien viser at stomien førte med seg mykje negativt, men at dei kunne leva med dette negative då stomien gav dei ein moglegskap til å leva. Det er viktig at pasienten får god oppfølging, både før, under og etter operasjonen. Det er viktig at pasienten får tilbake sjølvtrilliten og at dei kan meistra sin nye situasjon. Pasienten må ha trua på seg sjølv. For å

hjelpa ein slik pasient må sjukepleiar ha kunnskap om korleis pasienten opplev situasjonen sin.

4.6 Oppsummering av funn

I denne oppgåva har eg valt å ha med 5 ulike forskingsartiklar; ei systematisk oversikt, ein kvalitativ og tre kvantitative studie. Eg meiner at alle studiane er relevante for mi problemstilling.

Studiane viser at det er mange vanskelege følelsar, erfaringar og opplevingar knytt til det å få ein stomi. Frykt, angst og bekymring er sentrale følelsar, samt opplevinga av eit endra kroppsbilete. Frykta for lekkasje er stor. At stomien går ut over arbeidslivet og det sosiale visar seg i fleire av studiane. Kvardagen blir prega av planlegging og tilrettelegging. Fleire stomipasientar ytrar eit ønske om meir støtte og informasjon.

Stomipasientar har eit stort behov for oppfølging i etterkant av operasjonen. Dei treng hjelp til å bygga opp sjølvtiliten deira igjen. Fleire av studiane visar at heimebesøk er høgt prissett, og fleire av studiane konkluderar med at sjukepleiar må avdekke eventuelle psykiske og psykososiale behov hos pasientane. Sjukepleiar må vere bevisst på kva oppleving pasienten har i situasjonen, og at alle pasientar opplev situasjonen ulikt. Sjukepleiar må ha nødvendig kunnskap og opplæring og dela same språk med pasientane.

5 DISKUSJON

Problemstillinga mi er ”kva erfaringar og opplevingar har pasientar som er operert for stomi, og korleis kan sjukepleiar bidra til meistring hos desse pasientane?” I diskusjonsdelen vil eg drøfte problemstillinga mi i lys og teori og resultatdel. Eg vil først sjå på kva erfaringar, opplevingar og følelsar ein pasient med stomi har, og deretter kva vi som sjukepleiarar kan gjer for å bidra til meistring hos desse pasientane.

5.1 Følelsar hos den stomiopererte

I følge studien til Brown og Randle (2005) er det mange negative følelsar knytt til det å få stomi, og at det påverkar livet på fleire måtar. Sjokk, hat, sjenanse, nedsett sjølvrespekt og sjølvtilitt var sentrale følelsar. I følge Nilsen (2010) vil pasientar som får stomi oppleve frykt og uvisse med tanke på å endra levekår og få eit endra kroppsbilete.

I studien til Andersson et. al. (2010) fortel kvinnene at dei følte seg triste og skremt etter å ha motteke kreftdiagnosen, då det vart spørsmål om liv, helse og død. Bekymringa om at kreften ville spreie seg var stor. Dei følte seg likevel letta ved å få ein årsak knytt til problema deira. Stomien blei ei berging og gav dei moglegskap for å leva. Eg trur at eit slikt syn på situasjonen kan bidra til ei betre tilpassing av kvardagen og ei større aksept av stomien. Benner og Wrubel (Konsmo, 2003) seiar at kva moglegskapar ein opplev at ein har, i stor grad blir påverka av korleis ein forstår ein situasjon og kva ein bryr seg om. Å tolka situasjonen på ein annleis måte, endra meiningar eller utvikla noko anna å bry seg om, kan føra til at ein får nye meistringsmoglegskapar. Eg meiner at sjukepleiar bør motivera pasienten til å prøve å sjå det positive i situasjonen, altså å sjå stomien som ei berging frå sjukdom. Om pasienten manglar håp og mot i situasjonen bør sjukepleiar prøva å hjelpa pasienten til å endra haldning gjennom samtalar, støtte og informasjon, slik at pasienten kanskje kan sjå moglegskapane i situasjonen på ein betre måte. Meistring heng saman med korleis ein mobiliserar ressursar (Konsmo, 2003), og sjukepleiar bør derfor oppfordra pasienten til å ta i bruk desse.

Frykta for lekkasje frå stomien er stor og blir nemnt i studiane til både Brown og Randle (2005), Taylor et. al. (2012) og Andersson et. al. (2010). I den sistnemnte studien kjem det fram at deltakarane sin kvardag i stor grad blei påverka av planlegging. Dei måtte ha med seg nødvendig utstyr, bestille nytt utstyr i god tid og heile tida sikra seg om kvar næraste toalett

var. Dei måtte òg vere bevisst på kva dei åt for å unngå gass. I følge Nilsen (2010) er pasienten prega av tabuhaldningar og frykt for korleis omgivnadane vil møte han, og det er akkurat dette som kjem fram i denne studien.

Benner og Wrubel (Konsmo, 2003) seiar at når ein står i fare for å mista noko ein bryr seg om, på grunn av sjukdom, død eller andre omliggande årsaker vil dette bli opplevd som stress. Dei bekymringane og opplevingane ein stomipasient har, kan forstås som stress. Dei har ein sjukdom som må behandlast og mister kontroll over eliminasjonen, og dette kan ha innverknad på den vante kvardagen deira, og eg trur at dette i stor grad førar til at pasienten opplev stress.

5.2 Seksualitet

Brown og Randle (2005) si oversikt viste at kvinnene opplevde eit endra sjølvbilete og følte seg mindre attraktive. At pasienten følar seg mindre attraktiv kan føra til seksuelle problem og som sjukepleiar bør ein vere klar over dette og at desse reaksjonane kan føra til depresjon og psykose (Nilsen, 2010). I studien til Andersson et. al. (2010) kjem det fram at kvinnene ikkje såg på det manglande sexlivet som eit problem. I denne studien var alderen på deltakarane frå 60 til 65 år. Eg trur at om det seksuelle er eit problem i stor grad kan vere påverka av alderen til stomipasienten. Ein 65 år gammal pasient som gjerne har fast partner ser kanskje ikkje på dette som eit like stort problem som ein 25 år gammal pasient utan barn og partner. I studien til Persson et. al. (2005) kjem det fram at eit høgt tal av deltakarane var missnøgd med moglegskapen til å diskutera seksuelle problem. Dette er gjerne eit tema som er vanskeleg for pasienten å ta opp, eg meiner derfor at det er svært viktig at sjukepleiar tar initiativ til å diskutera, kartlegga og støtte når det gjeld seksualitet. Persson et. al. (2005) meiner at sjukepleiar har behov for meir opplæring når det gjeld å handtera spørsmål som omhandlar seksualitet.

5.3 Sosiale konsekvensar

Taylor et. al. (2012) finn i sin studie at bekymring for lekkasje og mangel på sjølvtilitt er viktige faktorar som kan forsinka sosialt engasjement. Fleire av deltakarane påpeikte at det å venda tilbake til arbeid var ei stor omstilling og at dei hadde behov for meir støtte i denne perioden. I Persson et. al. (2005) kjem det fram at nokre av pasientane var missnøgd med sjukepleiar sin interesse for situasjonen deira heime. Eg meiner at det er svært viktig at sjukepleiar kartlegg kva pasienten tenker om heimreisa og korleis han trur at han vil klare seg

heime. Slik kan sjukepleiar vurdera om pasienten er motivert eller om han har behov for meir tilrettelegging og støtte. Brown og Randle (2005) konkluderar blant anna med at den første tida etter operasjonen er svært viktig, står pasienten i fare for å utvikla psykososiale problem må sjukepleiar vurdera og gripe inn tidleg.

I følge Nilsen (2010) kan frykta for lekkasje halde pasienten tilbake sosialt, ved at han ikkje deltar på dei same aktivitetane som før eller har problem i arbeidslivet. Sjukepleiar skal hjelpe stomipasienten til å returnera til sitt vanlege liv og aktivitetar ved å kartlegga behov og bekymringar (Taylor et. al. 2012).

5.4 Informasjon, kommunikasjon og brukarmedverknad

I studien til Persson et. al. (2005) viste det seg særleg at deltakarane var missnøgd når det gjaldt informasjon og brukarmedverknad. Benner og Wrubel (Konsmo, 2003) hevdar at det å bry seg om noko eller nokon er grunnleggande for meistring. Eg trur at visst sjukepleiar ivareta brukarmedverknad vil pasienten få eit godt utgangspunkt for å engasjere seg i sin eigen situasjon ved at han gjerne vil bry seg meir om seg sjølv og situasjonen. Han vil slik føla at han har meir kontroll over eigen situasjon og det blir lagt grunnlag for meistring. Benner og Wrubel (Konsmo, 2003) seiar at kor mykje ein involverer seg i situasjonen vil vere med på å prega korleis ein meistrar stresset. For at brukarmedverknad skal vere mogleg må pasienten ha den nødvendige kunnskapen og informasjonen om situasjonen sin. Studien til Persson et. al. (2005) konkluderar blant anna med at sjukepleiar treng meir opplæring når det gjeld å gi informasjon. Same studie presenterar funn om at pasientar som ikkje hadde stomikomplikasjonar opplevde missnøgd med moglegskapen for kommunikasjon med sjukepleiar om helse og livssituasjon. Den viser òg at colostomipasientane var meir nøgd med tilbodet om kommunikasjon enn dei med ileostomi. Den vanlegaste årsaka til colostomi er kreft (Nilsen, 2010), og studien foreslår at desse pasientane gjerne har blitt vurdert for eit større kommunikasjonsbehov. Har ikkje ileostomipasientar like mykje rett på samtale og støtte frå sjukepleiar som colostomipasientar? Eg trur at kvar pasienten vil ha forskjellig behov og det er viktig at sjukepleiar kartlegg desse ulike behova. Alle stomipasientar bør få likt tilbod om samtaler og støtte, uansett kva sjukdom som har nødvendiggjort stomien. Taylor et.al. (2012) har i sin studie sitert ein pasient som hadde likt å hatt nokon å snakka med. Han hadde ikkje fått tilbod om støttegruppe for stomiopererte. Kvinnene i studien av Andersson et. al. (2010) peikte særleg på kor viktig god informasjon var. Dei likte å ha med

seg partnaren eller ein venn når informasjon blei gitt for å hugsa den betre. Alle kvinnene hadde gode erfaringar frå støttegrupper. Eg trur at støttegrupper for stomiopererte kan hjelpe mange, ved at ein kan dela erfaringar, råd og følelsar med menneske som er i same situasjon. I Noreg har vi NORILCO som er den norske foreininga for stomi og reservoaropererte. På nettsida deira kan ein finna råd og vegleing, samt opplysningar om besøkstenesta (Norilco, u.å).

5.5 Sjukepleiar si rolle – meistring hos stomipasienten

Brown og Randle (2005) meiner at det er viktig at sjukepleiar er bevisst på at alle pasientar vil ha forskjellige reaksjonar, og at desse kan forandra seg over tid. Studien til Andersson et. al. (2010) konkluderar blant anna med at sjukepleiar må ha kunnskap om korleis pasienten opplev situasjonen for at ho kan hjelpa han. Dette kan sjåast i samanheng med Benner og Wrubel (Konsmo, 2003) si meining som går på at om ein ønskjer å hjelpa andre må ein forstå korleis pasienten opplev sin noverande situasjon og historie, samt kva moglegskapar han sjølv opplev at han har, og at sjukepleiar ut i frå dette kanskje kan hjelpa pasienten til å skapa fleire moglegskapar ved å lære han ferdigheiter, tolka, vegleia eller rett og slett ved å gi pasienten omsorg. Eg forstår dette slik at sjukepleiar ikkje kan hjelpe pasienten på ein like god måte om han eller ho ikkje sett seg inn i situasjonen til pasienten, korleis han opplev den og kva følelsar han er prega av. Eg trur at ved å kartlegge dette kan sjukepleiar ha fokus på dei behova som pasienten har og støtte han på område som trengst. Benner og Wrubel seiar at det å tolke kva som er viktig for pasienten og å ivareta dette er den største utfordringa til sjukepleiaren (Konsmo, 2003).

Visst pasienten opplev gode relasjonar og aksept, vil han føla seg trygg på å stilla spørsmål og søke hjelp. Gir sjukepleiar moglegskap for open og generell kunnskap vil positive følelsar bli styrka (Brown og Randle, 2005). Brown og Randle (2005) påpeikar at sjukepleiar og pasient må dela same språk, slik at pasienten forstår budskapet. Med dette forstår eg at sjukepleiar må bruka eit språk som pasienten forstår, kanskje ved å unngå å bruke for mange medisinske uttrykk og heller allmenngjer desse. Slik vil ikkje pasienten bli distraherert av framandord og ha betre kår til å forstå budskapet.

Både sjukepleiar og pasienten kan vere prega av haldningar som omhandlar avføring og urin, at dette er ureint. Det er her svært viktig at sjukepleiar er bevisst på sine haldningar og kommunikasjon, både verbal og nonverbal (Nilsen, 2010). Eg tenkjer at visst sjukepleiarar er prega av slike haldningar bør dei arbeide med dette før dei går inn til pasienten. Å visa at ein

synes lukta eller utsjåande er fråstøytande vil opplevast svært negativt hos pasienten. Ei akseptierende og medmenneskeleg haldning vil føra til tryggleik (Nilsen, 2010). Eg forstår dette ved at sjukepleiar både ved hjelp av verbal og nonverbal kommunikasjon støttar og tryggar pasienten slik at han føler seg vel og ikkje ”fråstøytande”. I studien til Persson et. al. (2005) er størstedelen av informantane nøgd med haldningane hos helsepersonellet. Stomien vil kanskje opplevast som noko svært intimt, eg vil derfor peika på viktigheita av at sjukepleiar tar etiske omsyn.

Brown og Randle (2005) meiner at sjukepleiar skal vera organisert slik at pasienten har dei psykiske og psykososiale behova dekkja, for å styrka meistring og eigenomsorg. Taylor et. al. (2012) viser til at informantane prissett heimebesøka høgast, ved at dei hadde nokon å snakke med i sitt eige, trygge miljø. Heimesjukepleie er viktig i den første tida for å førebygga eigenomsorg og sjukepleiar skal her kartlegga eventuelle psykiske og psykososiale behov (Taylor et. al. 2012). Eg meiner at alle som blir operert for stomi bør få tilbod om heimesjukepleie den første tida etter operasjonen og heimreise. Pasienten treng gjerne råd, vegleing og hjelp som omhandlar sjølvvondstellet, for ikkje å snakka om dei psykiske og psykososiale behova ein slik pasient kan ha. I praksis opplev eg i nokre tilfeller at det sistnemte ikkje blir ivaretatt på ein like god måte som den praktiske delen. Mange pasientar vegrar seg for å ta seg av stomistellet sjølv og sjukepleiar brukar ikkje god nok tid og vilje på å motivere pasienten til dette. Dette fører til nedsatt meistringsfølelse og ein følelse om tap av kontroll hos pasienten. Eg trur at strame ruter og tidspress kan vere ein årsak.

Heimesjukepleien bør tilrettelegga for betre tid hos desse pasientane slik at dei kan vurdere, observere og kartlegga kva desse pasientane har behov for og kva dei følar er eit problem. Manglande kunnskap kan vere ein anna årsak. Har ikkje sjukepleiar kunnskap om kva ein stomipasient opplev og kva problem han er utsett for, kan det bli vanskeleg å ivareta denne delen. Black (2009) seiar i sin fagartikkel at pasienten kan vegra seg for å snakka om ansvar i forhold til stomien og gjerne overlata denne til pleiaren. Han seiar vidare at sjukepleiar må vera oppmerksam, oppfinnsam og tolmodig når eigenomsorg skal lærast. Han konkluderar med at sjukepleiar må ha den kunnskapen som er nødvendig og vere bevisst på å forstå dei psykiske, emosjonelle og psykososiale behova ein person med stomi har. Brown og Randle (2005) finn i studien sin at praktiske problem som frykta for lekkasje gjorde at fleire gav opp arbeid og unngjekk sosial aktivitet. Sjukepleiar bør med ein gong sette i verk tiltak dersom pasienten har slike opplevingar. Informasjon og undervisning, og kanskje utprøving og bestilling av anna utstyr kan vere døme på slike tiltak. I følgje Benner og Wrubel (Konsmo,

2003) er målet for sjukepleie å styrka den andre, til å bli det som han eller ho ønskjer å vere. Ved å bidra til at pasienten kan gå tilbake til den vante kvardagen sin med sosiale aktivitetar og arbeid, vil sjukepleiar styrka pasienten. Sjukepleiar bør gradvis inkludera pasienten i stellet av stomien (Nilsen, 2010). Visst sjukepleiar er opperksam, oppfinnsam og tolmodig (Black, 2009) trur eg pasienten vil ha ei betre oppleving, oppleva meir motivasjon og derav få ein betre meistringsfølelse.

Bohnenkamp et. al. gjennomførte i 2004 forskning som gjekk ut på å sjå skilnaden mellom pasientar som fekk heimesjukepleie og ”telenursing”, og dei som berre fekk heimesjukepleie. Alt i alt viser studien at dei som hadde tilgang til telefonkommunikasjon med ein stomisjukepleiar var meir nøgd med tenesta og klarte å handtera stomien sin på eigenhand på kortare tid. Informantane meinte at stomisjukepleiar forsto problema deira betre og at dei var meir komfortable med informasjonen dei fekk der. Dei meinte at stomisjukepleiar var i stand til å individualisera sjukepleia. Eg tenkjer at eit slikt tilbod kunne ha vært svært aktuelt å føra inn i helsetenesta. Dette vil gi pasienten eit meir fleksibelt tilbod og ein plass å visa til om ein har spørsmål eller bekymringar. Det at det var ein stomisjukepleiar som sto for ”telenursinga” gjorde sannsynleg opplevinga betre, då ho nok hadde meir kunnskap om stomi enn den gjennomsnittlege sjukepleiaren. Ei slik teneste vil kreva tett samarbeid mellom stomisjukepleiar og heimesjukepleia.

Benner og Wrubel meiner at visst ikkje omsorg ligg til rette kan ikkje sjukepleiar lindra plagar hos pasienten. Om ikkje sjukepleiar bryr seg om pasienten og involverar seg i han, vil ho eller han ikkje forstå situasjonen til pasienten og sjå kva moglegskapar som er i den (Konsmo, 2003). Eg trur at mangel på omsorg vil leda til negative opplevingar hos pasienten og dårlege relasjonar mellom sjukepleiar og pasient. Visst sjukepleiar visar interesse og engasjement, visar at ho eller han bryr seg og er nysgjerrig på pasienten sin situasjon og velvære, vil det føra til at pasient føler seg sett og brydd om, og at han slik får eit større pågangsmot til å meistre den nye kvardagen. Eg meiner at ein sjukepleiar skal vere ein omsorgsperson, noko som ein stomipasient treng i det som kan vere ein vanskeleg og tung situasjon.

Black (2009) skriv i artikkelen sin at tverrfagleg samarbeid er viktig. Eg trur at eit tett samarbeid mellom sjukehus, heimesjukepleie, stomisjukepleiar og stomiforeninga er viktig ved at det kan bidra til ei heilskapleg oppleving for pasienten ved at han får eit betre tilbod og fleire involverte i sin situasjon. Heimesjukepleia får meir ansvar når det gjeld oppfølging og rådgiving på grunn av raskare utskrivingar (Nilsen, 2010), og her er det viktig med tett

kontakt mellom sjukehus og heimesjukepleien. Eit viktig samarbeid mellom sjukepleiarar i heimesjukepleien er òg viktig. Benner og Wrubel (Konsmo, 2003) seiar at sjukepleiar bør formidla vidare til anna helsepersonell kva pasienten bryr seg om. Gode rutinar når det gjeld rapport er viktig. Å ha ei ”mappe” på kvar stomipasient som inneheld rapportar, kartlegging og samtalar trur eg gjerne kan bidra til betre kvalitetssikring og betre pleie til pasienten. Slik kan ein sjå kva som er blitt gjennomført av samtalar og liknande, kva pasienten opplev som viktig, kva ønsker og behov han har og så vidare. Kanskje dette kunne bidrat til ei meir heilskapleg sjukepleie ved å sikra at pasienten har ivaretatt både praktiske og psykiske behov.

6 AVSLUTNING

Det er mykje negative følelsar knytt til det å få stomi. Den kan påverke både det fysiske og psykiske hos pasienten, til dømes seksualitet, frykt for lekkasje og sosial tilbaketrekking. For å hjelpa desse pasientane til å meistra den nye kvardagen må sjukepleiar ha kunnskap om historien til pasienten og korleis han opplev situasjonen sin, samt kva moglegskapar han sjølv opplev at han har. Sjukepleiar må vere klar over at kvar pasient opplev situasjonen ulikt. At pasienten handterar den praktiske delen er viktig for meistring, men han må òg ha dei psykiske og psykososiale behova dekkja. Sjukepleiar må kartlegga desse. Heimesjukepleia spelar ein viktig rolle her, og dei bør rekna god tid på desse pasientane. Sjukepleiar må ha den nødvendige kunnskapen og opplæringa til å hjelpa desse pasientane, og ivareta brukarmedverknad slik at pasienten kan bry seg om og føla kontroll i situasjonen. Tverrfagleg samarbeid er viktig for at pasienten skal få eit heilskapleg tilbod og oppleving av sjukepleie. Gjennom denne oppgåva vil eg som sjukepleiar i møte med stomipasienten vera betre førebudd på kva opplevingar han kan ha og kva eg kan gjer for å hjelpa han i den situasjonen han er i.

REFERANSELISTE

- Andersson, G., Engström, &., & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(6), 603-608. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x>. Henta 10.Januar 2013 frå:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=31436461-b9a3-4695-a06f-6f82eae74df4%40sessionmgr115&vid=9&hid=125>
- Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe as
- Black, P. (2009). Teaching stoma patients to self-care. *Nursing & Residential Care*, 11(11), 546.
- Bohnenkamp, S., McDonald, P., Lopez, A., Krupinski, E., & Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 1005-1010. doi:10.1188/04.ONF.1005-1010. Henta 17.Desember 2012 frå:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=31436461-b9a3-4695-a06f-6f82eae74df4%40sessionmgr115&vid=20&hid=125>
- 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.x. Henta 04.Januar 2013 frå:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=31436461-b9a3-4695-a06f-6f82eae74df4%40sessionmgr115&vid=14&hid=125>
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Fosberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur
- Fredriksen, K., & Beedholm, K. (2011). 3.1.2 Litteraturreview. I: Glasdam, S. (Red.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder*. (s.47-54). København: Nyt Nordisk Forlag.
- Konsmo, T. (2003) 4.Opplag. *En hatt med slør. Om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. AIT Otto AS.

Nilsen, C. (2010) Sykepleie til pasienter med stomi. I: H. Almås, D., G. Stubberud og R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 103- 132). Oslo: Gyldendal Akademisk

Norilco, u.å. *Om Stomi/reservoar*. Henta 29.Januar 2013 frå:

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

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2011) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Persson, E., Gustavsson, R., Hellström, A., Lappas, G., & Hultén, L. (2005). Ostomy patients's perceptions of quality of care. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03263.x. Henta 06.Januar 2013 frå:

<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=31436461-b9a3-4695-a06f-6f82eae74df4%40sessionmgr115&vid=17&hid=125>

Taylor, C., Robert, & Gabe, S. (2012). Rehabilitation needs following stoma formation: a patient survey. *British Journal Of Community Nursing*, 17(3), 102-107. Henta 04.Januar 2013 frå:

<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=31436461-b9a3-4695-a06f-6f82eae74df4%40sessionmgr115&vid=24&hid=125>

Vedlegg 1: Oversiktstabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Brown, H & Randle, J. (2005) <i>”Living with a stoma: a review of the literature”</i>	Hensikta er å få fram korleis ein stomi påverkar pasienten sitt liv og kva konsekvensar dette har for sjukepleie.	Dette er ei systematisk oversikt.	Dei enda med 14 artiklar som både var kvalitative og kvantitative.	Livet til pasienten blir påverka på fleire måtar. Aksept, gode relasjonar og generell kommunikasjon vil legge grunn for ei god sjukepleie. Den første tida etter operasjonen er spesielt viktig med gode observasjonar hos sjukepleiar for å avdekka eventuelle psykiske problem.
Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A.L., Lappas, G. & Hultèn, L. (2005) <i>”Ostomy patients’ perceptions of quality of care”</i>	Hensikta er å vurdere kvaliteten på omsorg hos pasientane sett frå eit pasientperspektiv.	Eit spørjeskjema vart sendt ut til alle pasientane ved ein stomiklinikk i Göteborg. Det innehaldt spørsmål som omhandla pasienten si oppleving av informasjon, deltaking, behandling, haldningar og komplikasjonar.	Deltakarane blei delt inn i to grupper – 42 pasientar med ileostomi og 49 pasientar med colostomi.	Store delar av pasientane viste seg å vere missnøgd når det gjaldt informasjon og brukarmedverknad. Sjukepleiar treng meir opplæring når det gjeld spørsmål om seksualitet, å gi informasjon, støtte og praktiske råd til stomipasienten.

<p>Bohnenkamp, S.K., McDonald, P., Lopez, A.M., Krupinski, E. & Blackett, A. (2004) <i>“Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies”</i></p>	<p>Hensikta er å måla effekten av “telenursing” (bruk av telefon - kommunikasjon) på pasientar skreve ut med stomi for følgje av kreftbehandling.</p>	<p>Metoden er kvantitativ og det vart brukt spørjeskjema om kva oppleving dei hadde hatt med/ utan ”telenursinga”. I tillegg blei Ostomy Adjustment Scale sendt ut til pasientane 3 månader etter utskriving.</p>	<p>Det deltok 28 pasientar i studien, alle utskreve frå eit sørvestleg universitets - sjukehus i Amerika, som var over 18 år, kunne skriva og lesa engelsk, hadde telefon og ein permanent stomi.</p>	<p>Resultata viser at heimesjukepleie/ ”telenursing” gruppa var meir nøgd enn dei som berre hadde heimesjukepleie. Alle var einige i at telefon - kommunikasjonen gjorde omsorgstenesta meir tilgjengleg.</p>
<p>Taylor, C., Lopes de Azevedo-Gilbert, R., og Gabe, S.(2012) <i>“Rehabilitation needs following stoma formation: a patient survey”</i></p>	<p>Hensikta er å kartlegga rehabiliterings-behovet hos pasientar som har fått stomi, og kva opplevingar dei hadde med hjelpa og støtta som blei tilbudd.</p>	<p>Dette er ein kvantitativ studie der spørjeskjema blei brukt. 203 skjema blei sendt ut, 100 blei returnert.</p>	<p>203 skjema blei sendt ut til dei som det var kjend at hadde stomi i Greater London.</p>	<p>Informantane uttrykker eit ønske om meir hjelp etter utskriving, særleg nokon å snakka med. Frykt for lekkasje og mangel på sjølvtilitt kunne forsinka sosialt engasjement. Ein viktig del av sjukepleiaren si rehabiliterande rolla skal vere å hjelpa stomipasienten til å returnera til sitt vanlege liv og aktivitetar, ved å kartlegga behova og bekymringane deira.</p>
<p>Andersson, G., Engström, Å. & Söderberg, S. (2010) <i>”A chance to</i></p>	<p>Hensikta er å skildra kvinners erfaringar med det å leva med ein stomi</p>	<p>Dette er ein kvalitativ studie der det blei gjort intervju med 5</p>	<p>Det deltok 5 kvinner som hadde hatt colon cancer og hadde stomi som</p>	<p>Kvinna såg på stomien som ein sjanse til å leva. Å godt kreftdiagnosen</p>

<p><i>live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery"</i></p>	<p>som følgje av cancer colon.</p>	<p>forskjellige kvinner. Narrative aproch. Intervjua gjekk føre seg der pasienten ville; to i heimen, to på sjukehuset og eit over telefon.</p>	<p>følgje av denne og som fortsett var i jobb. Alderen var 60-65 år. 6 kvinner blei kontakta, 5 ville delta i studien.</p>	<p>var vanskeleg og frykta for spreing var stor. Frykt for lekkasje, lukt og gass var sentral. God informasjon var svært viktig. Sjukepleiar må kjenna til pasienten sine erfaringar for å kunna hjelpa han å meistre situasjonen sin.</p>
---	------------------------------------	---	--	--