



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

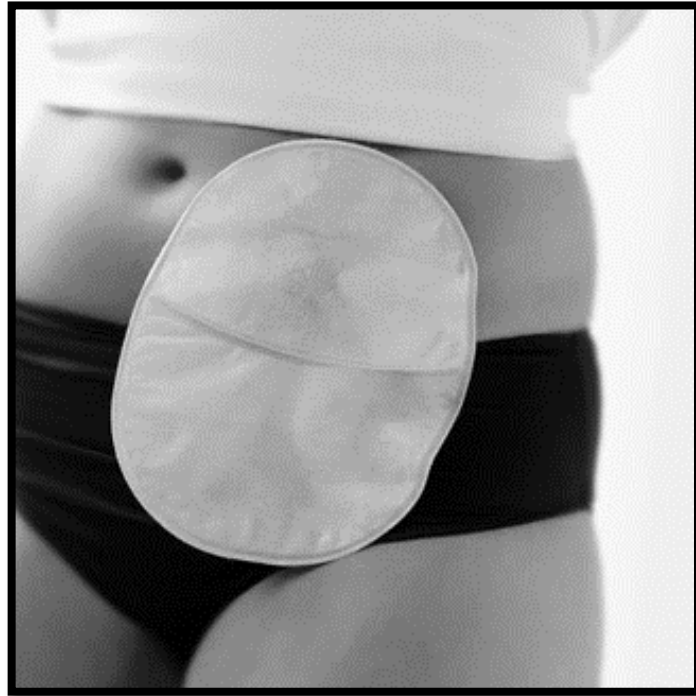
Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1071

Antall ord: 8989

Mestring hos pasienter med stomi

- Det skjulte handikap



Hentet 3. Februar 2016 fra <http://www.hexdoctor.com/upload/image/Hex%20stomipose.jpg>

Bachelorutdanningen i sykepleie, Avdeling for helsefag

Haugesund, Februar 2016

Kull 2013

Antall ord: 8989

Sammendrag

Tittel: Mestring hos pasienter med stomi: Det skjulte handikap

Bakgrunn: I dag har vi omtrent 10 000 – 12 000 nordmenn med permanent stomi. Vi ser en økning og kan forvente at antall mennesker med stomi vil stige ytterligere i årene som kommer. En stomioperasjon er et alvorlig inngrep, og påvirker både livssituasjonen, selvbildet og forholdet til egen kropp. For mange kan den nye livssituasjonen være vanskelig å mestre.

Problemstilling: Hvordan fremme mestring hos pasienter med stomi?

Hensikt: Formålet med bacheloroppgaven er å rette oppmerksomheten mot pasienter med stomi sine psykiske reaksjoner og behov, og hvordan mestring fremmes hos denne pasientgruppen. Kunnskapen jeg har tilegnet meg vil jeg også bruke til å opplyse og undervise andre sykepleiere.

Metode: Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å belyse problemstillingen.

Funn: I de gjennomgåtte studiene har det vist seg at mestring hos stomiopererte er et allmennmenneskelig og sammensatt fenomen bestående av flere viktige faktorer. Tilpasning til endret kroppsilde, sosial støtte, praktisk forståelse, optimisme og normalisering er tilsynelatende sentrale aspekt for pasientenes mestring av livet med stomi.

Konklusjon: Behovet for mestring varierer, og hva hver enkelt pasient tillegger situasjonen av betydning er avgjørende for hvordan vedkommende mestrer den. Sykepleier kan fremme mestring hos denne pasientgruppen ved å gi profesjonell støtte og veiledning til likemannsstøtte, informere, undervise og veilede, samt å fokusere på det positive og å gi aksept. Til slutt er det viktigste enkelttiltaket for å fremme mestring hos denne pasientgruppen åpenhet.

Nøkkelord: Stomi, Mestre, Mestring, Sykepleie, Selvpleie, Psykologisk

Abstract

Title: Coping with a stoma: The hidden handicap

Background: Today we have about 10 000 to 12 000 Norwegians with a permanent stoma. We can see an increase in the number of patients who need to construct a stoma, and must therefore expect a further increase in the future. A stoma surgery is a serious procedure, and affects both life situation, self-image and relationship to own body. For many, the new lifesituation can be difficult to cope with.

Research question: How to promote coping in patients with a stoma?

Aim: The aim of this bachelor thesis is to draw attention to the patient's psychological reactions and needs related to the stoma, and explore how to promote coping in patients with a stoma. The knowledge I acquire myself, I also want to share with and teach other nurses.

Method: The bachelor thesis is a literature study, where research and other literature are used to answer the research question.

Findings: The reviewed studies have shown that for patients with stoma coping is a universal and complex phenomenon consisting of several important factors. Adaptation to altered body image, social support, practical understanding, optimism and normalization is supposedly central aspects for patients to cope with their life with a stoma.

Conclusion: The need of coping varies, and what each patient ascribe the situation of significance determines how the competent will cope with it. Nurses can promote coping in this patientgroup by providing professional support and guidance to peer support, inform, teach and coach, as well as to focus on the positive and to give acceptance. Finally, the most important measure to promote coping in this patientgroup is openness.

Keywords: Stoma, Ostomy, Cope, Coping, Nursing, Self Care, Psychological

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet av en sykepleierstudent ved Høgskolen Stord/Haugesund siste semester av utdannelsen. Oppgaven utgjør 12 studiepoeng og er en avsluttende eksamen. Prosessen har både vært tidkrevende, spennende og lærerik.

Jeg vil gjerne takke veilederen min Sølvi Anne Eide Lunde for veldig god veiledning, oppfølging og støtte i skriveprosessen.

Til slutt ønsker jeg også å takke Høgskolebiblioteket Stord/Haugesund for å være svært behjelpelige med utlån av litteratur til bacheloroppgaven.

Haugesund, februar 2016.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	1
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Oppgavens formål	2
1.6 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Teori	4
2.1 Hva er stomi, dens årsak og konsekvenser?	4
2.1.1 Stomi	4
2.1.2 Stomiens bakenforliggende årsak	4
2.1.3 Stomiens konsekvenser og utfordringer for pasienten	5
2.1.4 Sykepleierens funksjon og ansvar	5
2.2 Mestring	6
2.3 Sykepleierteori: Patricia Benner og Judith Wrubel	7
2.3.1 Benner og Wrubel om stress og mestring	7
3.0 Metode	9
3.1 Definisjon av metode	9
3.2 Litteraturstudie som metode	9
3.3 Kildekritikk	10
3.4 Forskningsetikk og etiske overveielser	10
3.5 Litteratursøk og fremgangsmåte	11

4.0 Resultat	13
4.1 Hovedfunn	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Å mestre et annerledes meg	17
5.2 Støttens betydning for mestring	20
5.3 Praktisk forståelse fremmer mestring	22
5.4 Optimisme og normalisering som mestringsstrategi.....	24
6.0 Konklusjon	26
Referanseliste	28
Vedlegg I: Eksempel på kildekritikk	32
Vedlegg II: Søkeprosessen	36
Vedlegg III: PLISSIT-Modellen	38

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det foretas omkring 1000 stomioperasjoner i Norge hvert år. For noen er stomien en midlertidig løsning, men vi har likevel omkring 10 000 – 12 000 nordmenn med permanent stomi. En ser dessuten en økning og kan dermed forvente at antall mennesker med stomi vil stige ytterligere i årene som kommer (Gaassand, 2015). En stomioperasjon er et alvorlig inngrep, og påvirker både livssituasjonen, selvbildet, og forholdet til egen kropp (Norilco, u.å). Allerede som barn lærer vi tidlig å få kontroll over både avføring og urin, som blant annet er viktig for personlighetsutviklingen og utviklingen av selvbildet vårt. Samfunnets tabuholdninger, men samtidige forventning til at vi holder oss «renslige», og holder lyder og lukter for oss selv, kan gjøre det faktum at stomiopererte føler det vanskelig å ha mistet en «normal» funksjon, enda vanskeligere (Nilsen, 2010, s. 107-108).

Interessen min for pasienter med utlagt tarm ble vekket da jeg så et datingprogram på fjernsynet om blant annet en ung kvinne med stomi. I programmet beskrev de stomien som «et skjult handikap». Kvinnen sa blant annet at utfordringen ved å ha stomi var knyttet til at ingen kunne se fra utsiden at ikke alt var «normalt». Hun var flau over posen på magen og ville helst unngå å vise den. I senere tid har jeg både i jobbsammenheng, men også privat møtt mennesker med utlagt tarm. Møtene har gjort inntrykk på meg, og gitt innsikt i hvordan livene deres påvirkes av stomien. Jeg ønsker derfor å få dette usynlige, tabubelagte og hemmeligholdte temaet ut i lyset.

1.2 Problemstilling

Hvordan fremme mestring hos pasienter med stomi?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I min bacheloroppgave velger jeg å fokusere på det psykiske aspektet rundt det å få stomi. Det understrekes at det fysiske aspektet også er sentralt, men utelates grunnet oppgavens omfang. Bacheloroppgaven tar for seg begge kjønn i ung, voksen alder. Pasienter med permanent stomi vil være hovedfokuset, og den postoperative fasen som arena. Valget er tatt på bakgrunn av at det gjerne er i den postoperative fasen de første reaksjonene kommer til uttrykk og bearbeidingsprosessen starter. Jeg vil i oppgaven bruke begrepet «stomi» om utlagt tarm. Da begrepet omfavner ulike typer stomi, vil jeg bemerke at oppgavens formål omhandler typen utlagt tarm. Årsaken til anleggelse av stomi er flere, men i denne oppgaven

vil hovedfokuset være på inflammatoriske tarmsykdommer og kreft som bakenforliggende årsak. Begrepet mestring har også flere ulike definisjoner, og er definert av mange. I min oppgave vil jeg ta for meg Lazarus og Folkman sin definisjon, da valgte sykepleieteoretikerne baserer sitt syn på disse. Til tross for at begreper som livskvalitet og håp er nærstående til begrepet mestring, vil disse ikke bli omtalt på grunn av oppgavens omfang.

1.4 Begrepsavklaring

Jeg vil nå kort presentere definisjoner av begrepene knyttet til min problemstilling. En utdypet forklaring vil forekomme i teorikapittelet, se 2.0 Teori.

Stomi

Stomi defineres av Nilsen (2010, s. 103) slik: «En kirurgisk konstruert åpning i kroppen – enten mellom to hulorganer, eller fra et hulorgan og ut på huden».

Mestring

Begrepet mestring kan defineres som: «å klare seg, å takle eller å få til noe» (Reitan, 2010, s. 74).

Pasient

I pasient- og brukerrettighetsloven er begrepet pasient definert i § 1-3 a, slik: «En pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015).

1.5 Oppgavens formål

Den foreliggende bacheloroppgaven har til hensikt å rette oppmerksomheten mot pasientens psykiske reaksjoner og behov knyttet til stomi. Som sykepleier er det viktig å vite hvordan stomien påvirker pasienten på det psykiske plan og hva en kan gjøre for å fremme mestring hos disse pasientene. Jeg ønsker med denne oppgaven å tilegne meg kunnskap omkring dette spennende og viktige temaet, slik at jeg dermed kan utruste både meg selv og andre sykepleiere til å møte pasienter med stomi på en verdig måte.

1.6 Oppgavens disposisjon

I min bacheloroppgave vil jeg først presentere aktuell og relevant teori for oppgaven i en teoridel. Begrepene som før nevnt vil her beskrives nærmere. Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel vil også bli presentert som aktuell tilnærming og sykepleierteori. En metodedel følger, med oversikt over oppgavens metode og fremgangsmåte. Deretter presenteres den

forskning jeg har funnet relevant for problemstillingen, i en resultatdel. Videre drøftes funn og teori med utgangspunkt i problemstillingen i en drøftingsdel, for så å kunne svare på problemstillingen i en konklusjon avslutningsvis.

2.0 Teori

2.1 Hva er stomi, dens årsak og konsekvenser?

2.1.1 Stomi

Ordet «stomi» er gresk og betyr åpning eller munn. Ordet brukes i medisinsk terminologi om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen, enten mellom to hulorganer eller fra et hulorgan og ut på huden. Ordet i seg selv sier ingenting om hvor åpningen er laget, og organnavnet foran ordet «stomi» forteller derfor hvilken åpning som beskrives (Nilsen, 2010, s. 103).

Ved utleggelse av tarmen skiller vi mellom to typer stomier; ileostomi og kolostomi.

Ileostomi er stomi på tynntarmen. Denne typen plasseres på nedre, høyre side av buken (Persson, 2008, s. 61). Den vanligste årsaken til anleggelse av ileostomi er inflammatoriske tarmsykdommer (Nilsen, 2010, s. 104). Kolostomi er stomi på tykktarmen, og er vanligvis plassert på venstre side av buken, ettersom det er sigmoideum som anvendes til å konstruere stomien. En regner med at av alle stomioperasjoner som blir utført i Norden er 60 % av disse kolostomier (Persson, 2008, s. 62). Den vanligste årsaken til anleggelse av kolostomi er kolorektal kreft (Nilsen, 2010, s. 105).

2.1.2 Stomiens bakenforliggende årsak

Inflammatoriske tarmsykdommer

Ulcerøs kolitt er en kronisk intermitterende inflammatorisk sykdom i tykktarmen (Paulsen, 2011, s. 259). Når kroppens immunsystem oppfatter noe av sitt eget vev som fremmed og angriper det oppstår autoimmunitet. Det er dette som blant annet kan forårsake autoimmun sykdom. Crohns sykdom er også en kronisk inflammatorisk sykdomstilstand, men kan ramme alle deler av mage-tarm-kanalen, og alle lagene i tarmveggen (Paulsen, 2011, s. 261). Årsaken til sykdommene er i stor grad ukjent, men en antar at både genetisk disposisjon og ytre faktorer medvirker, samt immunologiske mekanismer (Halse, 2011, s. 65). Sykdommene debuterer oftest i ung, voksen alder (Stubberud & Nilsen, 2010, s. 438). Symptomene avhenger av sykdomsutbredelsen og graden av betennelse, men slapphet, magesmerter, vekttap, tarmløst og endring i avføringsmønster er vanlige symptomer, felles for begge sykdommene (Paulsen, 2011, s. 259-261).

Kolorektal kreft

Kolorektal kreft er kreft som utgår fra slimhinnen i tykktarmen(kolon) eller endetarmen(rektum), og er den vanligste kreftformen i Norge etter prostatakreft hos menn og brystkreft hos kvinner. Vi skiller mellom endetarmskreft (cancer rekti) og tykktarmskreft

(cancer coli). Årsaken til kolorektal kreft kan skyldes genetiske faktorer, genfeil eller arvelige syndrom. Miljøfaktorer som overvekt, inaktivitet, alkohol, røyking og kosthold er også av betydning. Pasienter med inflammatorisk tarmsykdom som beskrevet i avsnittet over har dessuten noe økt risiko for kolorektal kreft. Symptomene på denne krefttypen avhenger av hvor i tarmen tumoren er lokalisert. Rektalblødning, endret avføring, vekttap og nedsatt allmenntilstand er symptomer på kolorektal kreft (Paulsen, 2011, s. 267).

2.1.3 Stomiens konsekvenser og utfordringer for pasienten

En stomi kan i mange tilfeller være livreddende. Den bakenforliggende årsaken til stomioperasjonen kan ha plaget pasienten over lenger tid, eller blitt så alvorlig at det står mellom liv og død. Da vil en stomioperasjon være nødvendig (Nilsen, 2010, s.108). Anleggelse av stomi medfører skjemmende arr, synlig tarm i et hull i buken, endret eliminasjonsmønster og pose på magen (Persson, 2008, s. 177). Kroppens utseende forandres, som et resultat av at en kroppsdel fjernes. Hva pasienten føler og tenker om kroppen sin, påvirker hvordan vedkommende ser på seg selv. Frykt og usikkerhet knyttes gjerne til endret levesett, kropps- og selvbilde. Vanskeligheter med å gjenoppta eller innlede seksuelle forhold, samt motvilje til å treffe venner, gå tilbake i arbeid eller ta opp igjen hobbyer kan oppstå som konsekvenser av stomioperasjonen (Nilsen, 2010, s. 108-109).

2.1.4 Sykepleierens funksjon og ansvar

I det kommende avsnitt vil kun postoperativ sykepleie knyttet til stomipasienter presenteres, da dette er relevant for min problemstilling. Likevel vil jeg presisere at sykepleieren også har en viktig funksjon i det preoperative forløpet (før operasjon), og at dette er vel så viktig.

Den postoperative fasen varer fra operasjonen er avsluttet til pasienten reiser hjem fra sykehuset (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2010, s. 307). Den postoperative fasen varierer avhengig av pasientens grunnsykdom, alder og håndtering av stomien og faktorer knyttet til denne. De første postoperative dagene er det kanskje nok for pasienten å komme seg etter operasjonen og å forstå hva som har skjedd. I denne fasen er sykepleierens viktige oppgave å møte pasientens reaksjoner knyttet til stomien, og å svare på eventuelle spørsmål. I tillegg til observasjoner av stomien, ivaretagelse av grunnleggende behov, både fysiske og psykiske, er undervisning, veiledning og informasjon en fundamental del av sykepleierens funksjon og ansvar (Nilsen, 2010, s.114-119).

2.2 Mestring

Richard Lazarus og Susan Folkman (1984, s.141) 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». Forfatterens syn på stress og mestring er kognitivt, transaksjonelt og prosessorientert. I følge forfatterne er det avgjørende å vite hva en skal mestre (*stressoren*), for å kunne forstå og å evaluere mestring og strategi. Lazarus og Folkmans transaksjonsmodell legger vekt på individets vurdering av situasjonen. Modellen består av to faser; *primærvurderingen*, hvor mening i situasjonen vurderes, og *sekundærvurderingen*, som omfatter vurdering av mulighetene for å kunne håndtere situasjonen, og konsekvensene av disse mestringsstrategiene. Etter denne vurderingsprosessen vil individet så forsøke å mestre *stresset* (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141-178). Lazarus og Folkman (1984, s. 19) definerer psykisk stress som «et forhold mellom den enkelte og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider vedkommendes ressurser og setter hans eller hennes velvære i fare».

Lazarus og Folkman skiller mellom to måter å møte stressfylte situasjoner på; *problemorientert mestring* og *emosjonsorientert mestring*. Problemorienterte mestringsstrategier kjennetegner tiltak som fokuserer på problemløsning. Personen stiller seg her aktivt og direkte til problemet eller det situasjonen gjelder. Tiltak som å endre tilgang på ressurser ved å søke støtte og hjelp, endre livsstil eller rutiner, eller redusere ytre årsaker til stress, samt å senke egne ambisjoner, søke informasjon og kunnskap, eller lære nye ferdigheter er eksempler på problemorientert mestring. Ved emosjonsorientert mestring prøver en å ta sikte på å endre opplevelsen av situasjonen, enn selve situasjonen. Dette kan oppnås gjennom mestringsstrategier som unngåelse av situasjon eller informasjon, distansering til situasjonen, eller andre strategier som fysisk aktivitet, bruk av medikamenter eller alkohol. Lazarus og Folkman hevder at en mestringsstrategi i seg selv ikke kan betegnes som god eller dårlig, men må sees i sammenheng med den prosessen personen er i. I forsøk på å mestre stresset veksler en gjerne mellom problemorienterte- og emosjonsorienterte mestringsstrategier. Den enkeltes evne til mestring er influert av faktorer som alder, kjønn, personlige forutsetninger og interesser, motstandskraft mot påkjenninger og tidligere erfaringer med stress, kriser og sykdom (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141-178).

2.3 Sykepleierteori: Patricia Benner og Judith Wrubel

Benner og Wrubels syn på stress og mestring er basert på synspunkter hos Lazarus og Folkman. I det følgende avsnitt vil jeg først presentere Benner og Wrubels omsorgsfilosofi, for så å tydeliggjøre to av filosofiens hovedelement; stress og mestring.

Benner og Wrubels omsorgsfilosofi er en teoriutvikling med utgangspunkt i sykepleiepraksis, hvor de ser på klare sammenhenger mellom bestemte begreper som stress, mestring, sykdom, helse og velvære. Forfatterne mener at sammenhengene er flertydige og komplekse, og at de ikke kan påvises eller forstås uavhengig av den personen det gjelder, eller uavhengig av den konkrete situasjonen og sammenhengen personen er en del av. Benner og Wrubel mener evnen til omsorg kjennetegner menneskets måte å være i verden på, og er det grunnlaget som menneskets reaksjoner og adferd må forstås ut i fra. Gjennom omsorg skiller en hva som er viktig og mindre viktig for en selv. Dermed retter en oppmerksomheten mot noe utenfor seg selv; noe en verdsetter, knytter seg til og handler i forhold til, av fundamental verdi. Omsorg gir derfor mulighet til å skape mening og innhold i livet, samtidig som den utsetter mennesket for påkjenninger (*stress*), og kan gjøre mennesket utsatt og sårbart. Omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskets opplevelse av helse og sykdom, fundamentet for alt liv og for sykepleie som tjeneste (Benner & Wrubel, 2001, s. 23-47).

2.3.1 Benner og Wrubel om stress og mestring

Stress defineres av Benner og Wrubel som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det en forstår og ens vante funksjon, som medfører at en opplever smerte, tap og utfordringer (1989, s. 54). Forfatterne mener opplevelsen av stress oppstår når noe som er betydningsfullt for en person står i fare for å bli tatt fra vedkommende. Dersom uforutsette hendelser griper inn i menneskets liv, vil vedkommendes tidligere selvforståelse, bakgrunnsforståelse og kroppslige intelligens være tilstrekkelig for å fungere og for å forstå hendelsen (Benner & Wrubel, 1989, s. 49). Benner og Wrubel beskriver stress som en fellesnevner til både person og situasjon. Det som tidligere i livet var en selvfølge, er med en alvorlig og kronisk sykdom ikke lenger selvsagt og gjennomførbart. Ved en eventuell sykehusinnleggelse fratas personens vante kontekst og medfører at en stilles utenfor sine trygge rammer og vante rutiner. Dette kan resultere i at vedkommende føler seg feilplassert eller mister evnen til kontroll over egen situasjon eller eget liv.

Benner og Wrubel mener stress er nært knyttet til personens vurdering av sin tilpasning til konteksten. Det er hvert enkelt menneske sin opplevelse og ferdigheter som avgjør hva som er

stressende og ikke, og hvilke mestringsmuligheter de har. Mestring er aldri et fritt valg av ineffektive og effektive mestringsstrategier. Mestring er begrenset av de meninger og problemstillinger som oppstår i det mennesket opplever som stressende. Forfatterne forklarer mestring slik: «Coping is not an antidote to stress... Coping is what one does about that disruption». Mestring er altså ikke en form for motgift til stress, men det en gjør med stresset. I noen tilfeller vil også en form for mestring være å ikke foreta seg noe som helst (Benner & Wrubel, 1989, s. 59-62).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Ett av fagenes redskap er teori, det andre er metoden (Støren, 2013, s. 38). Metoden er redskapet i vårt møte med noe vi vil undersøke, og hjelper oss til å samle inn data, altså informasjon. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111-112). Sosiologen Vilhelm Aubert (siteret i Dalland, 2012, s. 111) definerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Det finnes flere ulike metoder å samle data på. En skiller gjerne mellom to kategorier; kvalitative og kvantitative metoder. Forskerne som benytter kvantitativ metode kalles «tellere», da de kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. Kjentegn ved denne metoden er presisjon, bredde, systematikk og det gjennomsnittlige. Et eksempel på kvantitativ metode kan være spørreskjema. Forskerne som bruker den kvalitative metoden kalles «tolkere», da de kvalitative metodenes hensikt er å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kjentegn ved den kvalitative metoden er følsomhet, dybde, helhet og forståelse. Et eksempel på kvalitativ metode er intervju (Dalland, 2012, s. 112-114). En oversiktsartikkel er en type vitenskapelig artikkel som dessuten kan inkludere begge metodene. Oversiktsartikler skal gi en oppsummering av forskningen innenfor et felt, ved å ta opp og kritisk vurdere forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2012, s. 79).

3.2 Litteraturstudie som metode

I et litteraturstudie er det litteraturen du studerer, det som er undersøkt og skrevet om empirien av artikkelforfatterne (Støren, 2013, s. 16). I følge Forsberg og Wengström (2013, s. 34) har et litteraturstudie et klart formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning innen temaet. Et litteraturstudie skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstilling og innsamlingsmetode (Olsson & Sörensen, 2009, s. 91). Forutsetningen for å gjennomføre et litteraturstudie er at det finnes nok studier som omtaler temaet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30). Ved litteraturstudie har en gjerne tilgang til mye litteratur om temaet, og kan belyse det fra flere sider. En kan derimot ikke inkludere alle relevante studier, og må derfor velge ut noen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 88). For at studiene ikke skal bli valgt på bakgrunn av forfatterens egne meninger, er

det viktig å legge vekt på å sette krav til hvilke studier som skal og ikke skal være med i litteraturstudiet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 43).

Litteratur til resultatdelen henter en gjerne fra omkring fem vitenskapelige artikler.

Litteraturen som benyttes i litteraturbakgrunnen kan ikke være den samme som i innsamlingslitteraturen (Olsson & Sörensen, 2009, s. 91). Når litteraturen legges frem, må en gjøre rede for valget. Dette innebærer blant annet å si noe om fremgangsmåten, søkeord, eventuelle avgrensninger som er foretatt, hvor artiklene er funnet, hva kildene inneholder og hvorfor de er relevante for den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2012, s. 228). Grunnlaget for videre drøfting dannes på bakgrunn av de ulike studiene som er blitt presentert. Drøftingen innebærer å sette ulike kilder opp mot hverandre og presentere hva funnene forteller om problemstillingen for oppgaven. Konklusjonen kommer til slutt, og skal være et svar på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 231).

3.3 Kildekritikk

Alt som bidrar til en oppgave, er kilder. Når kilden er funnet, må den vurderes både i forhold til kvalitet og hvor vidt den er relevant for oppgaven (Dalland, 2012, s. 63). Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann, og skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, samt hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen. Kildekritikken må hele tiden sees i forhold til den aktuelle problemstillingen og det kildene skal belyse. Grunnlaget for å utøve kildekritikk er at en har kunnskap om det en skriver om (Dalland, 2012, s. 67-73). I min bacheloroppgave har jeg tilstrebet å bruke primærkilder. Jeg har i tillegg tilstrebet å ikke ta i bruk litteratur eller forskning eldre enn 10 år. Reliabilitet (troverdighet) og validitet (gyldighet) har vært sentralt i utvalg av kilder, samt kildenes relevans for min oppgave. For eksempel på kildekritikk, se vedlegg I.

3.4 Forskningsetikk og etiske overveielser

Etikk handler om normene for riktig og god oppførsel. Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene er sentralt i forskningsetikk (Dalland, 2012, s. 96). Forskning skal aldri skje på bekostning av menneskers integritet og velferd. Ethiske overveielser handler ikke bare om å følge regler, men også å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører, og hvordan de kan håndteres. For å ivareta menneskers og samfunnets interesser innen forskning er det etablert flere

forskningsetiske komiteer. Alle som inkluderer mennesker i forskning må søke om godkjenning av forskningsetisk komité (Dalland, 2012, s. 95-96, 98). Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer de som arbeider med forskningsetikk forholder seg til. Deklarasjonen ble utformet av Verdens legeforening i 1964, og har gjennomgått flere og store revisjoner, sist i 2013. Hensynet til sårbare grupper og det informerte samtykket står sterkt i Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen slår også fast at forskning må følge aksepterte vitenskapelige prinsipper og utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer (Førde, 2014). Link til Helsinkideklarasjonen i fulltekst finnes i oppgavens referanseliste (WMA, u.å). Når en velger forskningsartikler er det viktig å velge studier som har fått godkjenning fra etisk komité, eller hvor det er tatt strenge etiske hensyn (Forsberg & Wengström, 2013, s. 70).

I min bacheloroppgave skal ikke sensitive opplysninger behandles, da dette allerede er gjort i utvalgt litteratur. Likevel er jeg nøye med å velge forskningsartikler som enten har fått godkjenning av etiske komité, eller hvor personvern har blitt ivaretatt. Videre har jeg vært nøye med henvisning til litteratur som er brukt, ved å følge APA standarden etter Høgskolens retningslinjer, samt å gjenspeile litteraturen på en mest mulig korrekt måte uten å kopiere den, for å unngå plagiat. Plagiat betyr å utgi andres arbeid som om det er ditt eget (Dalland, 2012, s. 80).

3.5 Litteratursøk og fremgangsmåte

Jeg har i hovedsak brukt to databaser til søking etter relevante studier; CINAHL og PubMed. Søkeordene jeg benyttet meg av var STOMA + OSTOMY + COPE + COPING + NURSING + SELF CARE + PSYCHOLOGICAL. Søkeordene ble brukt om hverandre og i forskjellig kombinasjon for å utvide søkene. Dette var også grunnen til at jeg valgte å bruke engelske søkeord.

I litteraturgjennomgangen hadde jeg krav om at forskningsartiklene skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk, relevante for problemstillingen min, sykepleiefaglig tilknyttet og publisert etter 2010 (5 år gamle). Etterhvert så jeg det likevel nødvendig å utvide søket med ytterlige to år. To forskningsartikler eldre enn fem år har blitt inkludert i oppgaven, da jeg vurderer disse som like relevante til dags dato. Inklusjonskriteriene ble også satt for å avgrense søkene. Studiene som ble valgt bort skyldtes at de ikke oppnådde mine forhåndsbestemte kriterier. Jeg ønsket å inkludere både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven, men jeg måtte til slutt si meg fornøyd med kvalitative- og oversiktsartikler. Jeg fant ingen rene kvantitative forskningsartikler som var relevante for

problemstillingen, da det mest sannsynlig finnes mest kvalitativ forskning når en snakker om mestring, meninger og opplevelser. Jeg utvidet også søkene mine og søkte i tillegg i databasene «Medline», «Evidence based nursing» og «Norart», men fant der heller ingen kvantitative artikler jeg kunne knytte til problemstillingen min. Oversiktsartikkelen jeg har inkludert i oppgaven inneholder derimot kvantitative artikler. Resultatet av kvalitativ hovedvekt i oppgavens utvalgte forskningsartikler vil være at pasientenes subjektivitet kommer tydelig frem.

Forskningsartiklene jeg har valgt ut er fra land i ulike deler av verden, men jeg ser på dette som en styrke da bacheloroppgaven handler om psykisk helse og det medmenneskelige nivå. Dessuten er Norge i dag et multikulturelt samfunn. Det har vært vanskelig å finne studier direkte knyttet til mestring, det psykiske aspektet og stomi. Etter en lang og krevende prosess satt jeg likevel igjen med fem hovedartikler som er relevante for min problemstilling, og som jeg ønsket å ta med i oppgaven. Samtlige forskningsartikler er vurdert i henhold til «sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning» (Kunnskapssenteret, 2014) eller «sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel» (Kunnskapssenteret, 2014). For en mer detaljert oversikt over søkehistorikk, se vedlegg II.

I tillegg til utgangspunktet i 5 utvalgte forskningsartikler, er også pensumlitteratur fra tidligere studieår, andre fagbøker og nettressurser tatt i bruk.

4.0 Resultat

Jeg vil her presentere utvalgt forskning som kan belyse min problemstilling.

Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas

(Krouse et al., 2009)

Hensikt: Å forstå pasienter med stomi sine største utfordringer.

Utvalg og metode: Studien er kvalitativ og inkluderer 239 pasienter med stomi fra Tucson, Indianapolis eller Los Angeles, som minst hadde hatt stomi i to måneder. Spørreskjema med åpne spørsmål ble brukt for å samle data.

Funn: De største utfordringene som fremkom av studien var mestring og aksept. Problemene som oftest var uttrykt var knyttet til behovet for positiv tenkning og tilpasning til stomien over tid. Mestringsstrategiene inkluderte bruk av humor, erkjennelse av positive endringer som følge av stomien og normalisering av livet med stomi.

Konklusjon: Intervensjonene som trolig vil være av størst nytte for å mestre pasientenes utfordringer knyttet til stomi inkluderer et standardisert pedagogisk regime ledet av stomisykepleier, utnyttelse av erfarne pasienter med stomi, og tilgang til noen å snakke med før og etter operasjonen.

Coping strategies of ostomized individuals

(Barnabe & Dell'Acqua, 2008)

Hensikt: Å forstå personer med stomi sin erfaring med å mestre sin nye livssituasjon.

Utvalg og metode: Studien er kvalitativ og utført i Brasil. Studien inkluderer 11 stomipasienter. Stomiene skyldtes enten kolorektal kreft eller inflammatoriske tarmsykdommer. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer.

Funn: På bakgrunn av pasientenes opplevelse knyttet til stomien fremkom tre hovedkategorier i studien. «Jeg valgte det ikke», som innebar tiden og måten informasjonen om behovet for stomi ble gitt. «Jeg måtte godta det» som innebar aksept og erkjennelse av

alvorlighetsgrad omkring problemet. «Jeg må leve med stomi» innebar hjelp til selvhjelp og mulighet for å utføre hverdagsaktiviteter.

Konklusjon: Mestringsstrategier basert både på følelser og på selve situasjonen ble brukt for å mestre livet med stomi.

Learning to live with a permanent intestinal ostomy: Impact on everyday life and educational needs

(Danielsen, Soerensen, Burcharth & Rosenberg, 2013)

Hensikt: Å undersøke påvirkningen av en permanent stomi på pasientenes hverdag, og å få innsikt i deres behov for stomi-relatert undervisning.

Utvalg og metode: Studien er kvalitativ og utført i Danmark. Studien omfattet 15 personer med permanent stomi, hvor den bakenforliggende årsaken enten er kolorektal kreft eller inflammatorisk tarmsykdom. Gruppeintervjuer ble gjennomført ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

Funn: To viktige funn ble knyttet til opplevelsen av å få stomi; å være annerledes og trening i å leve et liv med stomi. Dette innebar blant annet følelser av stigmatisering, bekymringer omkring andres oppdagelse av stomien, behov for kontroll over utseende og funksjon, selvpålagte begrensninger, og vanskeligheter med å identifisere den nye hverdagen og seg selv, med livet før operasjonen.

Konklusjon: Deltakerne bemerket at det var viktig at sykepleieren så på dem som et helt menneske, samt nærkontakt med helsepersonell. Videre var gruppetimer etter utskrivning fra sykehus, samt undervisning med en som selv hadde stomi for å få troverdig informasjon, intervensjoner som ble foreslått.

Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality

(Bonill-de-las-Nieves, Celdrán-Mañas, Hueso-Montoro, Morales-Asencio, Rivas-Marín & Fernández-Gallego, 2014)

Hensikt: Å undersøke strategiene som tas i bruk av pasienter med stomi for å mestre sin situasjon.

Utvalg og metode: Kvalitativ studie som inkluderer 21 pasienter med stomi boende i provinser i Spania. Informantene ble valgt i henhold til forhåndsbestemte kriterier. Intervjuer på 35-40 minutter ble gjennomført.

Funn: Tre hovedfunn fremkom i studien og var viktige for å mestre livet med stomi; egenomsorg, tilpasning til kroppslig endring og selvhjelp.

Konklusjon: Mestring av egenomsorg og selvhjelp innebar informasjon, undervisning og veiledning om det praktiske, mens tilpasning til kroppslig endring handlet om tiltak som endring i klesstil eller stomiutstyr. Å oppdage mestringsstrategiene er grunnleggende for å kunne tilby sykepleie av høy kvalitet knyttet til det enkelte mennesket og gitte kontekst.

Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery

(Ang, Chen, Siah, He & Klainin-Yobas, 2013)

Hensikt: Å undersøke stressfaktorer som kan påvirke pasientene psykososiale helse etter å ha fått stomi, under sykehusinnleggelse og etter utskrivning.

Utvalg og metode: Studien er en oversiktsartikkel, dannet på bakgrunn av systematiske søk i de elektroniske databasene; CINAHL, Cochrane Library, PubMed, PsycINFO, Scopus, Science Direct og Web of Science. Åtte artikler ble til slutt inkludert; tre kvalitative og fem kvantitative. De fleste studiene ble utført i vestlige land.

Funn: Forberedelse for egenomsorg, diagnostisering av kreft, samt stomiens utseende var felles stressorer hos stomipasientene under sykehusoppholdet. Tilpasning til endret kropp, endret seksualitet og innvirkning på sosialt liv var felles stressorer knyttet til utskrivning og hjemreise.

Konklusjon: Stomikirurgi påvirker både pasientens fysiske, psykiske, sosiale og seksuelle helse. Det er derfor et viktig poeng at sykepleierne må evaluere pasientens psykiske behov så vel som det fysiske. Pre- og postoperativ undervisning er viktige tiltak som fremmer mestring hos pasienter med stomi.

4.1 Hovedfunn

Funnene i de utvalgte studiene er knyttet til *følelsen av å være annerledes*, som innebærer tilpasning til kroppslig endring, stomiens utseende og endret seksualitet. Behovet for *sosial støtte* fremkommer også tydelig, og støtte fra mennesker i samme situasjon står sterkt. Videre er *selvhjelp og egenomsorg* viktige element som innebærer behovet for informasjon, undervisning og veiledning. Til slutt er *optimisme og normalisering av livet med stomi* sentrale funn som innebærer behovet for positiv tenkning, erkjennelse av positive endringer som følge av stomien, og aksept.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg med utgangspunkt i utvalgte forskningsartikler drøfte fire hovedfunn som klart skiller seg ut: endret kroppsbylde, sosial støtte, praktisk forståelse og optimisme og normalisering. Funnene drøftes opp mot relevant litteratur, for å finne svar på problemstillingen: *Hvordan fremme mestring hos pasienter med stomi?*

5.1 Å mestre et annerledes meg

Det er ikke kun de praktiske forandringene en stomioperasjon griper inn i, men også pasientens opplevelse av seg selv (Nilsen, 2010, s. 109). Kroppsbildet er det bildet av kroppen som vi skaper i vårt indre, slik kroppen oppfattes og framstår for oss selv (Persson, 2008, s. 176). I studien til Bonill-de-las-Nieves et al. (2014) fremkommer det at å erkjenne kroppslig forandring er et viktig aspekt for å mestre livet med stomi. Dette underbygges av Danielsen et al. (2013) som presenterer det faktum å være annerledes som en viktig opplevelse knyttet til det å få stomi. Pasientene i studien hadde gjerne vanskeligheter med å identifisere seg selv sammenlignet med før operasjonen. Ang et al. (2013) viser til en kvantitativ studie hvor det fremkom at pasienter med stomi har et signifikant lavere selvbilde og selvtilit enn de uten stomi. Dessuten viste funnene i forfatterens studie at stomiens utseende og tilpasning til endret kropp var felles stressorer knyttet til en stomioperasjon.

I følge Nilsen (2010, s. 108) kan andre menneskers oppfatninger og syn på «idealkroppen» påvirke pasientenes kroppsbylde. Kroppsidealet er et mentalt bilde av hvordan kroppen bør se ut, føles og oppføre seg (Persson, 2008, s. 176). I dagens samfunn legges det stor vekt på kroppsidealet, og det å skulle se perfekt ut. Benner og Wrubel hevder at mennesket er et selvfortolkende individ som formes, og former seg i forhold til den konteksten det befinner seg i gjennom hele sitt liv. Mennesket bidrar selv til sin utvikling gjennom det samfunnet eller de ulike gruppene de velger å være en del av. En skaper seg selv, samtidig som en skapes i forhold til de rundt seg i sin kontekst (Benner & Wrubel, 1989, s. 41). Dette kan knyttes til Nilsens utsagn om at sykepleieren enten kan øke eller minske belastningen knyttet til pasientens selvbilde, med sine handlinger og sin måte å møte vedkommende på. Som sykepleier er det derfor avgjørende å være bevisst egne holdninger og væremåte (Nilsen, 2010, s. 108). Dette fremkommer tydelig i Andersen (2014) sin kronikk, hvor hun belyser viktigheten av hvordan helsepersonell sine væremåter og holdninger til stomi kommer til uttrykk i møte med pasienter. Selv opplever hun at helsepersonell gjerne snakker om stomi med negativt fortegn. I studien til Danielsen et al. (2013) viste det seg dessuten at det å føle

seg annerledes gjerne var forbundet med følelsen av stigmatisering og bekymringer omkring andres oppdagelse av stomien.

Forandring i klesstil og tilgang til og kunnskap om forskjellig stomiutstyr var sentralt for mestring av kroppslig endring i flere av studiene (Ang et al., 2013, Bonill-de-las-Nieves et al., 2014, Danielsen, et al., 2013). I følge Nilsen kan stomiopererte gå med alle typer klær, uten betydning for stomien. Forfatteren understreker at tarmstomier vil fungere normalt til tross for press fra klær. Dessuten finnes det også ulike typer stomiutstyr og spesiallagd undertøy som verktøy for å faststille eller skjule stomien. Forfatteren hevder at det er en sykepleiers viktige oppgave å informere pasienten om dette. Bruk av stomiutstyr eller løse klær vil i midlertidig ikke føre til at stomien fysisk forsvinner. Nilsen (2010, s. 125-126) hevder at pasienten bør oppmuntres til å tenke gjennom hva vedkommende ønsker å holde for seg selv, hva som skal fortelles om seg selv og sin sykdom til andre, samt til hvilke andre. Først og fremst er kanskje det aller viktigste at pasienten selv tilpasser seg den kroppslige forandringen. Denne prosessen starter på sykehuset (Persson, 2008, s. 175-178).

Å tilvenne seg stomien er en prosess som vil ta tid. I følge Nilsen (2010, s. 108) vil pasientens tidligere erfaringer, kroppsbilde og selvoppfatning være avgjørende for hvordan vedkommende mestrer situasjonen. Dette støttes av Benner og Wrubel (1989, s. 49) som mener disse faktorene er avgjørende for å takle stress. Deltakerne i studien til Ang et al. (2013) påpekte det faktum å se stomien for første gang som en sentral stressfaktor. Opplevelsen var knyttet til avsky og sjokk. En frisk, sterk og velfungerende kropp tas ifølge Persson (2008, s. 176-177) ofte forgitt. Forfatteren understreker at man ved sykdom, operasjon og kroppslige forandringer blir bevisst egen kropp og eget selvbilde, og at dette for mange vil være utfordrende å takle. Mennesker er utstyrt med normale og nødvendige forsvarsmekanismer, som hjelper oss å forsones oss med en konflikt. Forsvarsmekanismene forsvaret selvbildet vårt og beskytter oss mot det som følger med tap av selvbildet (Nilsen, 2010, s. 108). De vanligste forsvarsmekanismene er fornektning, regresjon, projeksjon, rasjonalisering og isolering, samt undertrykking av følelser (Reitan, 2010, s. 82). I studien til Danielsen et al. (2013) var blant annet isolasjon en strategi som ble tatt i bruk for å mestre hverdagen med stomi. Nilsen poengterer at når en skal se stomien for første gang må en ta seg god tid. Dessuten er det avgjørende at en ikke presser pasienten, og at ting foregår på dens premisser. Forfatteren mener pasienten bør oppmuntres til å snakke om tanker og reaksjoner, og understreker at sykepleiers aksept og medmenneskelige holdning vil skape trygghet for å bygge opp selvbildet (Nilsen, 2010, s. 116).

I følge Reitan (2010, s. 104) er kontrollaspektet grunnleggende i all mestring. Dette støttes opp av Lazarus og Folkman (1984, s. 150) som mener at å mestre en situasjon er å forsøke å få kontroll over den. Utsagnet belyses ved forfatternes emosjonsorienterte mestringsstrategi. Det handler om å gjøre noe med pasientens opplevelse av situasjonen, ved å forandre noe av meningen eller betydningen en tillegger situasjonen. Å tolerere, redusere intensiteten i eller forandre det en føler, kan gi kontroll over deg selv, følelser og selve situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150-152). Dette underbygges av mestringsstrategien «erkjennelse av alvorlighetsgrad omkring problemet» presentert i studien til Barnabe og Dell'Acqua (2008), som innebærer at reaksjonene til de problemene som forårsakes av stomien knyttes til den enkeltes opplevelse av alvorlighetsgrad av situasjonen. Sett i lys av Benner og Wrubels teori kan en sykehusinnleggelse medføre tap av kontroll over egen situasjon eller eget liv (Benner & Wrubel, 1989, s. 59-62). Bonill-de-las-Nieves et al. (2014) hevder at pasienter som blant annet er i stand til å tilpasse seg den kroppslige endringen vil oppleve større følelse av kontroll.

I studien til Ang et al. (2013) viste det seg at de kroppslige forandringene, samt tapet av kroppskontroll også påvirket pasientenes seksuelle helse. Verdens helseorganisasjon definerer seksuell helse som en tilstand av fysisk, emosjonell, mental og sosial velvære i forhold til seksualitet. Seksualitet må i midlertidig ikke forveksles med samleie, da seksualitet består av et nettverk av følelser og i tillegg handler om kjærlighet, kontakt, varme og intimitet (WHO, 2016). Frykt for utseende, lekkasje, lukt og lyd påvirket pasientenes seksuelle følelser. Dessuten viste det seg også at flere følte seg mindre attraktive med stomi, og dermed ble mindre seksuelt aktive. På bakgrunn av at stomioperasjonen kan føre med seg dysfunksjoner som medfører at seksuell aktivitet blir umulig, er utvikling av psykisk stress et mulig resultat (Ang et al., 2013). Nilsen (2010, s. 108) kaller dette psykoseksuelle problemer, og bekrefter at disse oppstår ved at pasienten føler seg mindre attraktiv ovenfor det andre kjønn, og som derfor kan gjøre det problematisk å gjenoppta eller innlede seksuelle forhold.

Laursen (2011, s. 714) hevder at det ikke er meningen at alle sykepleiere skal ha ekspertkunnskap om sexologi, men at en sykepleier må vite hvor pasienten kan få videre hjelp dersom ens egne kunnskaper ikke strekker til. Psykologen Jack Annon står bak utviklingen av PLISSIT-modellen, som skal være til hjelp i den seksuelle rådgivningen. Modellen beskriver ulike nivåer en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på, og deles inn i fire ulike trinn; å gi *tillatelse* til å være seksuell og snakke om seksualitet, å gi *begrenset informasjon* om seksualitet, å komme med *spesifikke forslag* og å gi *intensiv terapi* eller

samlivsterapi (Laursen, 2011, s. 715-716). For en nærmere forklaring og oversikt over PLISSIT-modellen, se vedlegg III.

5.2 Støttens betydning for mestring

Renolen (2008, s. 154) hevder at mennesket trenger andre å støtte seg til gjennom hele livet. Forfatteren understreker at betydningen av sosial støtte blir ekstra tydelig når helsen svikter, eller når en utsettes for andre store påkjenninger. Dette står i tråd med studien til Danielsen et al. (2013) og Krouse et al. (2009) hvor det fremkommer at støtte er viktig for å mestre livet med stomi. Isaksen (referert i Renolen, 2008, s. 176) viser til tre ulike støttesystemer. *Privat støtte*, som blir gitt av familie, venner og kollegaer, og *profesjonell støtte*, som blir gitt av helsepersonell er typer støtte som skaper trygghet og omsorg, men som ikke innebærer at støttegiverne har personlig erfaring med situasjonen. *Likemannsstøtten* er derimot støtte som gis av medpasienter, støttegrupper og pasientforeninger, og en kan dermed forvente personlig erfaring og kunnskap hos støttegiveren. Fjerstad (2010, s. 52) påpeker at det er lett å gi råd og støtte som en selv tenker kan gjøre situasjonen lettere, men at en må ha i tankene at det ofte er lettere å se løsningene på avstand fordi en selv ikke er like inndradd i følelsesmessige dilemmaer og kompliserte tanker.

Hopen (2010, s. 303) hevder at det er en sykepleiers oppgave å legge til rette for at pasienten kan møte andre som befinner seg i en tilsvarende situasjon. Forfatteren understreker at helsepersonell aller helst bør formidle kontakt mellom den aktuelle organisasjonen og pasienter, og eventuelle pårørende som ønsker dette. Norilco er en norsk forening stiftet i 1971 for personer med stomi, reservoar og mage-/tarmkreft. Foreningens grunntanke er at personer som har tilpasset seg en utfordrende hverdag har gjort seg erfaringer som kan være til hjelp for andre i en lignende situasjon, og tilbyr derfor det de kaller «likepersonstjeneste». Dette innebærer at personer som skal få eller har fått stomi, kan få kontakt med personer som har hatt eller lever med stomi. Norilco har likepersoner av begge kjønn, i alle aldre og med ulike diagnoser og operasjonstyper. Målet er at likepersonene skal være gode støttespillere for nyopererte stomipasienter, da disse personene har gjennomgått opplæring og faglig veiledning (Norilco, u.å). I samtlige studier fremkom det at støtte fra personer i samme situasjon var viktig for mestringsprosessen (Ang et al., 2013, Barnabe & Dell'Acqua, 2008, Bonill-de-las-Nieves et al., 2014, Danielsen et al., 2013, Krouse et al., 2009). Dessuten vil samværet med likesinnede ifølge Hopen (2010, s. 303) også bidra til lettere å opparbeide eget selvbildet. Til tross for at en sett i lys av forskning på en side kan forstå likemannsstøtten som den viktigste formen for støtte hos stomiopererte, har støtte fra familie og venner på en annen side vist seg

å være minst like viktig. Renolen (2008, s. 155) poengterer likevel at selv om en person kan ha mange personer i sitt sosiale nettverk, behøver ikke alle disse å oppfattes som en sosial støtte. Forfatteren understreker forskjellen på kvalitet og kvantitet i sosiale nettverk. Benner og Wrubel (1989, s. 41) hevder at den sosiale støtten har betydning for pasientens følelse av aksept og tilhørighet, og at det derfor er viktig at det sosiale nettverket stiller opp.

Sett i lys av Lazarus og Folkmans teori vil her en problemorientert strategi være best egnet, da tiltak som å søke støtte og hjelp er sentralt. Forfatterne understreker at betydningen av sosial støtte har fått økende oppmerksomhet som en mestringsressurs i stressrelatert forskning (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152-164). I studien til Ang et al. (2013) er stomiens innvirkning på det sosiale livet en gjengående stressfaktor. I følge Lazarus og Folkman (1984, s. 250) vil sosial støtte redusere usikkerhet og bekymring. De fortsetter med at sosial støtte også gir mulighet til å dele problemer, gi sympati og utveksle nyttig informasjon. Lazarus og Folkman (1984, s. 296) skiller mellom to typer sosial støtte. *Emosjonell støtte* som innebærer å være i stand til å stole på og å betro seg til en person, og *informativ støtte* som innebærer informasjon og råd. Hvilken type sosial støtte en person har behov for, kommer an på hvilken situasjon og i hvilket stadiet vedkommende befinner seg i. Dessuten må støtten ifølge Renolen (2008, s. 155) oppleves riktig der og da. Forfatteren kaller dette «håndgriplig støtte».

I studien til Danielsen et al., (2013) og Krouse et al. (2009) uttrykte deltakerne at det var svært viktig for dem at helsepersonell var tilgjengelig for samtale. Reitan hevder at samtale er en god metode til kartlegging av pasientens ressurser. Forfatteren understreker i midlertidig at pasienten selv må være aktiv og ha lyst til å fortelle om seg selv og situasjonen sin. Dermed mener Reitan at også pasienten blir bevisst seg selv og sine mestringsmuligheter. Dessuten kan samtalen medvirke til å bekrefte vedkommendes identitet, verdighet og opplevelse av myndiggjøring (Reitan, 2010, s. 94). Eide og Eide (2004, s. 25) understreker at evnen til å lytte aktivt er den viktigste, mest grunnleggende og komplekse ferdigheten i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Hummelvoll (2012, s. 428) bekrefter dette i det han kaller samtalekunst. Forfatteren hevder at aktiv lytting er kunstens fremste kjennetegn. Hopen (2010, s. 294) poengterer at det er den lyttende som er en god veileder, på bakgrunn av at pasienten da selv får mulighet til å reflektere og finne løsninger.

5.3 Praktisk forståelse fremmer mestring

Frykt for lyder, lukt og lekkasje er felles stressorer knyttet til det å ha stomi (Ang et al., 2013). For at pasienten skal mestre livet med stomi har vedkommende behov for kunnskap om stomistell, stomiutstyr og stomikomplikasjoner, så vel som hvordan det er å leve med stomi (Nilsen, 2010, s. 103). Nortvedt (2012, s. 135) understreker de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie; «sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. I følge Bastøe (2011, s. 88) kan sykepleieren på denne måten være med på å støtte opp under pasientens ressurser og muligheter for mestring. Dette underbygges av Reitan (2010, s. 101-102) som hevder at en pasient som har kunnskap om situasjonen, og som i tillegg behersker de ferdigheter som er nødvendige for å håndtere den, med stor sannsynlighet vil oppleve situasjonen mindre truende, og gå aktivt og direkte inn for egen læring.

Bonill-de-las-Nieves et al. (2014) poengterer viktigheten av korrekt informasjon og undervisning, da mangel på kunnskap hos sykepleier kan føre til motvilje hos pasienten ved selvtrening, og dermed miste fordelene dette gir. Nilsen (2010, s. 127) hevder at dokumentasjonsrutiner av postoperativ opplæring, for eksempel i form av pleieplaner, både vil sikre pasienten god sykepleie, samt være et nyttig redskap for sykepleierens egen læring. Deltakerne i studien til Barnabe og Dell'Acqua (2008) ga uttrykk for at tiden og måten informasjonen om stomi ble gitt på var viktig for å mestre situasjonen. I studien til Danielsen et al. (2013) fremkom det dessuten at informasjon av en med stomi selv var viktig for troverdigheten av informasjonen som blir gitt, mens for deltakerne i studien til Krouse et al. (2009) var informasjon fra stomisykepleier minst like viktig. Reitan (2010, s. 99) poengterer at informasjonen pedagogisk skal vurderes; hva skal gis av informasjon og hvordan skal denne gis. Brataas (2011, s. 18) forklarer sykepleiepedagogikk som «å støtte læreprosesser som fører til opplevelse av mestring i de endrede livssituasjonene». Hopen (2010, s. 288) poengterer at mangel på informasjon vil føre til utrygghet og usikkerhet, og igjen mangel på kontroll. Loven pålegger dessuten sykepleiere ansvar og plikt til å informere, samt pasientenes rettigheter på informasjon (Helsepersonelloven, 1999, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Nilsen hevder at en viktig del av sykepleierens postoperative oppgave er å gi pasienten undervisning og veiledning for å sikre praktisk forståelse, og dermed fremme mestring. Undervisning om stomistell, hudpleie og stomiutstyr styrker pasientens kompetanse og

trygghet, og gir mulighet for å gjenvinne kontroll og bli selvstendig. Forfatteren understreker også at undervisningen vil gjøre pasienten bedre rustet til å møte andres tanker, spørsmål og holdninger (Nilsen, 2010, s. 116-117). I følge Hopen (2010, s. 294) skal veiledning dessuten bidra til at den enkelte gjør selvstendige valg og får kraft til å mestre egen livssituasjon. Forfatteren mener dette forutsetter at veilederen er en god lytter. Den postoperative undervisningen uttrykkes som svært viktig for deltakerne i studien til Ang et al. (2013). I studien til Krouse et al. (2009) understrekte deltakerne at tilgang til å møte stomisykepleier var viktig. Enda viktigere var det at stomisykepleier var tilgjengelig postoperativt.

Hopen (2010, s. 292) poengterer at læring ikke må forveksles med undervisning eller opplæring, og understreker samtidig at ingen kan lære for noen, for læringen foregår i den enkelte. I studien til Ang et al. (2013) fremkommer forberedelse for egenomsorg som en sentral stressfaktor. Dette støttes i Bonill-de-las-Nieves et al. (2014) sin studie hvor blant annet egenomsorg og selvhjelp er viktig for å mestre situasjonen. Dessuten viste det seg at trening i å leve med stomi og hjelp til selvhjelp var viktige behov deltakerne i studien til Danielsen et al. (2013) og Barnabe og Dell'Acqua (2008) uttrykte. Til tross for at Hopen (2010, s. 292-293) mener undervisningen som gis av helsepersonell preges av teoretisk tilnærming og faglig og saklig informasjon om sykdom og diagnose, og at pasienter gjerne har behov for å lære andre ting enn teori for å mestre situasjonen, kan en se i lys av forskning at stomipasienter gjerne har behov for nettopp den praktiske undervisning og informasjonen for å mestre situasjonen. Hopen (2010, s. 293) understreker derimot at utfordringen pasientene står ovenfor ikke er et fag som skal læres, men et liv som skal leves.

Både i studien til Bonill-de-las-Nieves et al. (2014) og Danielsen et al. (2013) ga deltakerne uttrykk for at gruppeundervisning var en god mestringsstrategi. Hopen (2010, s. 294-295) poengterer at gruppeundervisning kan bidra til fellesskapsfølelse, samhörighet, og dessuten alminneliggjøre eventuelle problemer. Forfatteren understreker også at å erfare at andre har samme behov og spørsmål som en selv bidrar til trygghet og bevisstgjøring om ens egen situasjon, og ikke minst mestring. Vi har tidligere sett på samtalens betydning for mestring, og viktigheten av informasjon. I studien til Bonill-de-las-Nieves et al. (2014) uttrykte deltakerne at de brukte internett som informasjonskilde. I følge Hopen (2010, s. 301) er dette en form for mestringsstrategi, men forfatteren understreker i midlertidig at informasjonen som ligger på internett ikke alltid er like vitenskapelig fundert og pålitelig som den du får fra helsepersonell eller likemenn. Dette kan støttes ved at deltakerne i studien heller foretrakk å møte mennesker

i samme situasjon (*likemann*) fremfor å selv lete frem informasjonen på internett (Bonill-de-las-Nieves et al., 2014).

Sett i lys av Lazarus og Folkman (1984, s. 150-152) vil en problemorientert mestringsstrategi være gunstig, da denne innebærer tiltak som å lære seg nye ferdigheter og prosedyrer. Likevel vil en emosjonsorientert mestringsstrategi også være aktuell, da denne som før nevnt handler om å endre opplevelsen av situasjonen. Dette støttes av Benner og Wrubel (2001, s. 86) som hevder at sykepleieren kan hjelpe pasienten å forme opplevelsen av situasjonen ved veiledning, informasjon og trening. Teoretikerne hevder nemlig at selv om en kan bli frisk eller friskere fra sykdom, vil opplevelsen av sykdommen fortsatt være tilstede. Benner og Wrubel (1989, s. 48-49) mener dessuten at en viktig mestringsstrategi for pasienter i stressfylte situasjoner er å skaffe så mye informasjon som mulig. Sykepleieren skal ifølge teoretikerne ha som mål at pasienten selv skal kunne utføre «spesielle anliggende» som praktisk arbeid til tross for sykdom, tap eller lidelse.

5.4 Optimisme og normalisering som mestringsstrategi

Optimister forventer at gode ting vil skje, og har tro på at ting vil ordne seg. Optimister har bedre helse og kommer seg raskere etter sykdom. I følge Renolen (2008, s. 146) er optimisme en mestringsstil. Lazarus og Folkman (1984, s. 159-160) hevder også at positivitet og positiv tenkning er viktige kilder til mestring. Dette støttes opp under studien til Krouse et al. (2009) hvor behovet for positiv tenkning stod sentralt. Forfatterne understreker også at optimisme har blitt identifisert som en viktig faktor for å klare å tilpasse seg sykdom. Renolen (2008, s. 146) poengterer derimot at optimisme ikke alltid fører godt med seg, og at urealistisk mye optimisme blant annet kan føre til at en føler seg ufeilbar og tenker at ingenting er farlig eller skadelig. Humor var også en uttrykt mestringsstrategi deltakerne i studien til Krouse et al. (2009) uttrykte. At humor har betydning for helsen vår er ingen ny erkjennelse. I følge Renolen (2008, s. 148) er latter en god hjelp mot stress fordi det gir avspenning og ro. Dessuten understreker forfatteren at latteren har fysiologisk virkning hos mennesket.

I studien til Krouse et al. (2009) viste det seg dessuten at erkjennelse av positive endringer som følge av stomioperasjonen gjorde det lettere å mestre situasjonen. I følge Hopen (2010, s. 301) bidrar hva en velger å fokusere på til å bestemme hvilke oppfatninger som skapes, og dersom en retter oppmerksomheten mot noe positivt arbeider en gjerne mer med det. Forfatteren poengterer at signalene fra helsepersonell har stor betydning for pasientens egenopplevelse, som vi også ser i Benner og Wrubels omsorgsfilosofi som før nevnt, og at det

derfor er viktig å erkjenne det positive hos den enkelte slik at fokuset blir på nettopp dette. Vi har tidligere sett en fremstilling av stomien som et handikap eller «tap av kontroll». En som derimot bruker positiv tenkning i sitt forhold til stomien er Andersen (2014). Hun beskriver i sin kronikk stomien som en lykkepose, en dyrbar skatt som ga henne liv og verdighet. Forfatteren poengterer at det er dumt at det å få stomi blir sett i sammenheng med tap av kontroll. Hun presiserer at selv om det til tider kan føles slik, opplevde hun selv en kontroll hun aldri før hadde hatt, og erkjente dermed de positive endringene som følge av stomien.

Normalisering av prosessen og livet med stomi var viktig både hos deltakerne i studien til Krouse et al. (2009) og Bonill-de-las-Nieves et al. (2014). I følge Nilsen (2010, s. 116) vil man blant annet ved å kommentere stomiens utseende være med på å normalisere tarmåpningen vedkommende har fått på magen. Åpenhet og aksept hos pasienten selv, men også hos sykepleier og samfunnet generelt vil redusere fordommer, stigmatisering og tabuholdninger, og dermed medføre en normalisering av et liv med stomi. Bethany Townsend hylles for sin åpenhet om stomien i media. Den tidligere modellen la ut et bikinibilde av seg selv som ble sett av over ti millioner mennesker. Hun forteller at hun har innsett at stomiposene ikke kontrollerer eller definerer hvem hun selv er. Dean McLean, medlem av organisasjonen «Crohn's and Colitis UK» som først delte bilde, sier responsen har vært overveldende og ført til mindre usikkerhet hos personer i samme situasjon (Bakkejord & Steen, 2014).

6.0 Konklusjon

Den foreliggende litteraturstudien viser at stomien både påvirker pasientens fysiske, psykiske, sosiale og seksuelle helse, og inkluderer fire sentrale områder for mestring; tilpasning til endret kroppsbilde, sosial støtte, praktisk forståelse, optimisme og normalisering. Mestring er et omfattende begrep, og i min bacheloroppgave har flere ulike tilnærminger og strategier til ovennevnte element blitt drøftet. Behovet for mestring varierer, og hva hver enkelt pasient tillegger situasjonen av betydning er avgjørende for hvordan vedkommende mestrer den. Pasienten må forstås ut i fra den konteksten vedkommende befinner seg i. Det handler om å møte mennesket der det er, og sykepleier spiller her en viktig rolle. Sykepleieren kan ikke mestre for pasienten, men hjelpe pasienten å mestre selv.

Stomioperasjonen griper inn i pasientens opplevelse av seg selv. De kroppslige forandringene stomien medfører forårsaker blant annet følelsen av å være annerledes eller unormal, lavere selvbilde og selvtillit, og har dessuten seksuell påvirkning. Samfunnets store fokus på idealkroppen påvirker pasientenes syn på seg selv, da mennesket skaper seg selv, samtidig som det skapes i forhold til de rundt seg i sin kontekst. Som sykepleier bør en derfor være bevisst egne holdninger og væremåte i møte med pasientene. Informasjon om klær og stomiutstyr vil styrke pasientens ressurser om å opparbeide selvbildet. Prosessen krever både tålmodighet og tid. PLISSIT-modellen er dessuten et viktig verktøy som kan være til hjelp i en eventuell seksuell rådgivning.

Behovet for sosial støtte står sentralt hos pasienter med stomi. Selv om støtte fra familie, venner og helsepersonell er viktig, er støtten fra likemenn enda viktigere. Sykepleieren skal legge til rette for at pasienten kan møte andre som befinner seg i en tilsvarende situasjon, men også selv være tilgjengelig for og lyttende i samtale. Behovet for emosjonell eller informativ støtte må sees i forhold til pasienten selv, men også hvilken kontekst vedkommende befinner seg i. Praktisk forståelse er et viktig element og avgjørende for å mestre livet med stomi. Frykt omkring lyder, lukter og lekkasje er gjerne forbundet med mangel på kunnskap og informasjon. Som sykepleier har en plikt til å informere pasientene. Tiden og måten informasjonen blir formidlet er i en slik situasjon avgjørende. Ved god og riktig informasjon støttes pasientens ressurser og muligheter for mestring. Dessuten vil postoperativ undervisning og veiledning bidra til kunnskap, kontroll og selvstendighet hos pasienten. Postoperative dokumentasjonsrutiner vil sikre pasienten god sykepleie, samtidig som det vil gi sykepleier læring. Det er av betydning å presisere at læringen foregår i den enkelte.

Positiv tenkning og normalisering av livet med stomi viste seg å være viktig for pasientgruppen. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten å erkjenne positive endringer som følge av stomien, i tillegg til å fokusere på det positive hos pasienten og i situasjonen. Aksept både hos sykepleier og samfunnet generelt, men også hos pasienten selv vil føre til en normalisering av livet med stomi. Slik er vi også med på å redusere fordommer og stigmatisering. I møte med pasienter med stomi er det like viktig å fokusere på vedkommendes psykiske behov som det fysiske. Både forskning og media har stor makt i dagens samfunn, så økt sykepleieforskning og økt fokus i media kan bidra til økt kunnskap hos sykepleiere og samfunnet generelt, og dermed også større ressurser for pasientgruppen. På bakgrunn av teori og forskning kan en i tillegg til de mestringsstrategier som er blitt presentert si at sykepleieren til syvende og sist aller helst vil fremme mestring hos pasienter med stomi ved ett viktig enkelttiltak; *åpenhet*. Åpenhet vil gjøre «det skjulte handikap» mindre usynlig, tabubelagt og hemmeligholdt.

Referanseliste

- Andersen, L. K. H. (2014, 10. September). *Når rumpa ikke virker*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2014/09/nar-rumpa-ikke-virker>
- Ang, S. M., Chen, H., Siah, R. C., He, H., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors Relating to Patient Psychological Health Following Stoma Surgery: An Integrated Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587-594. doi:10.1188/13.ONF.587-594
- Bakkejord, M., & Steen, T. (2014, 3. Juli). *Dette bikinibildet er sett av over ti millioner mennesker*. Hentet fra <http://www.kjendis.no/2014/07/02/kjendis/sykdom/modell/tabu/bikini/34145956/>
- Barnabe, N. C., & Dell'Acqua, M. C. Q. (2008). Coping strategies of ostomized individuals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 712-9. doi: 10.1590/S0104-11692008000400010
- Bastøe, L. K. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 81-103). Oslo: Akribe.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Benner, P., & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleie: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperative sykepleie. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 273-338). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bonill-de-las-Nieves, C., Celdrán-Mañas, M., Hueso-Montoro, C., Morales-Asencio, J. M., Rivas-Marín, C., & Fernández-Gallego, M. C. (2014). Living with digestive stomas: Strategies to cope with the new bodily reality. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 22(3), 394-400. doi: 10.1590/0104-1169.3208.2429
- Brataas, H. V. (2011). Sykepleierens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 18-29). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412. doi:10.1097/WON.0b013e3182987e0e
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C., & Wengstrom, Y. (2013). *Att göra systemiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Førde, R. (2014, 10. Oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 22. Januar 2016 fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gaassand, M. (2015). *Utfordringer for stomiopererte i Norge*. Oslo: Norilco - Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft.
- Halse, A. K. (2011). Inflammatoriske og immunologiske prosesser. I S. Ørn, J. Mjell & E Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 61-68). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v. av 2. Juli, 1999 nr. 64*. Hentet 2. Februar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hopen, L. (2010). Læring og mestring ved langvarig sykdom. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 284-308). Oslo: Akribe.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krouse, R. S., Grant, M., Rawl, S. M., Mohler, M. J., Baldwin, C. M., Coons, S. J.,... Ko, C. Y. (2009). Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 227-233. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.09.009

- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Hentet 20. Januar 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 8. Januar 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Laursen, B. S. (2011). Seksualitet. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4. utg., s. 704-720). Oslo: Akribe.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Nilsen, C. (2010). Sykepleie til pasienter med stomi. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 103-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norilco. (u.å). *Likepersonstjenesten*. Hentet 11. Januar 2016 fra <http://www.norilco.no/tilbud-til-deg/likepersonstjenesten>
- Norilco. (u.å). *Om oss*. Hentet 11. Januar 2016 fra <http://www.norilco.no/om-oss>
- Norilco. (u.å). *Om Stomi/Reservoar* [Brosjyre]. Oslo: Norilco - Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63*. Hentet 7. Januar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, V. (2011). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 243-286). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Persson, E. (2008). Psykososiale aspekter på en förändrad livssituation. I E. Persson, I. Berndtsson & E. Carlsson (Red.), *Stomi- och tarmopererad: Ett helhetsperspektiv* (1. utg., s. 175-183). Lund: Studentlitteratur.
- Persson, E. (2008). Stomier. I E. Persson, I. Berndtsson & E. Carlsson (Red.), *Stomi- och tarmopererad: Ett helhetsperspektiv* (1. utg., s. 59-68). Lund: Studentlitteratur.

- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (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.
- 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., s. 431-450). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm.
- WMA. (u.å.). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet 22. Januar 2016 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- WHO. (2016). *Sexual and reproductive health*. Hentet 3. Februar 2016 fra http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Vedlegg I : Eksempel på kildekritikk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

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.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

I dette vedlegget vil jeg gi et eksempel på kildekritikk. Sjekklisten jeg har brukt er hentet fra Kunnskapssenteret (2014).

Link til nettsiden finnes i oppgavens referanseliste.

Den kvalitative studien jeg kritisk vurderer er av Danielsen, Soerensen, Burcharth & Rosenberg (2013).
Se oppgavens referanseliste for fullstendig kilde.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>I strategiske utvalg 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> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Utvalg, datainnsamling og analysering er godt beskrevet i studien.</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Metoden som er brukt presenteres i studien: fokusgruppeintervjuer i to grupper. Datainnsamling, begrunnelse for valg av metode, samt setting for datasamling er også beskrevet. Metode delen er grundig beskrevet i studien</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</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"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Dataanalyse beskrives i eget avsnitt. Type analyse, og hvordan analysen er gjennomført er beskrevet derunder. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data, og det forskerne/forfatterne har kommet fram til i studien</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</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"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien inneholder et eget avsnitt om begrensninger, og tolkning av data er godt beskrevet. Forfatteres/forskeres teoretiske ståsted blir presentert, men deres faglige bakgrunn kommer ikke fullt så tydelig fram i studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</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</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hovedfunnene i studien diskuteres opp mot tidligere forskning i eget avsnitt.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>Andre kilder trekkes inn både for å vurdere og underbygge funnene.</p>		
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: Studien ble forklart til deltakerne gjennom informert samtykke, og studien er godkjent av etisk komité.</p>			

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: Hovedfunnene kommer klart fram i studien, og diskuteres i lys av det opprinnelige formålet med studien.</p>			

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: 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"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studien er relevant og aktuell for min bacheloroppgave da den tar for seg pasientenes opplevelse av det å leve med stomi. Videre sier studien noe om pasientgruppens behov, og hva en som sykepleier kan gjøre for å fremme mestring og livskvalitet hos disse. Studien er en viktig del av min bacheloroppgave.</p>		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

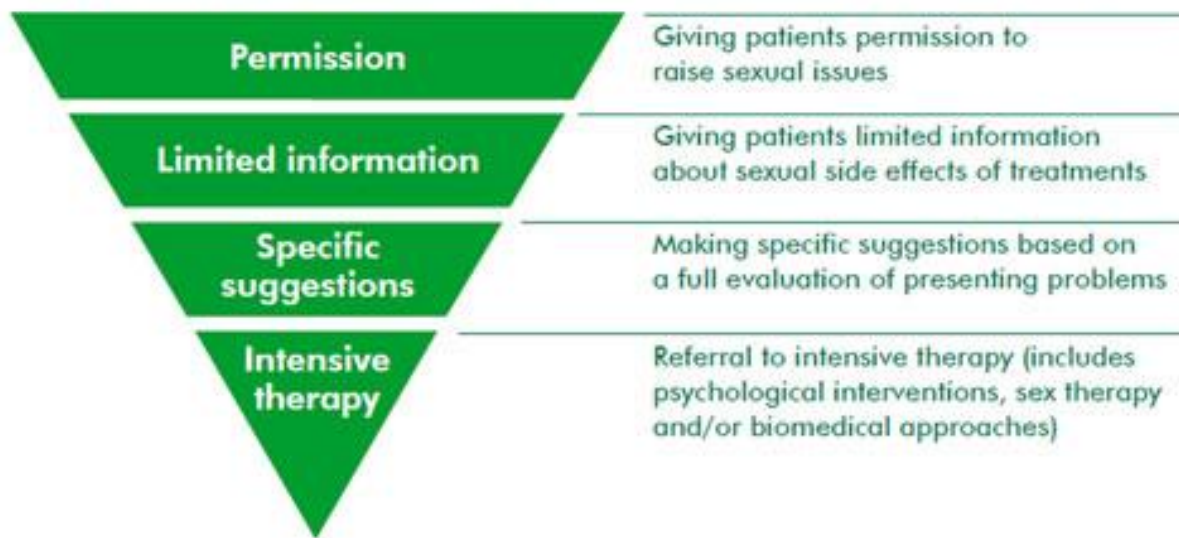
Vedlegg II: Søkeprosessen

Databasen jeg i hovedsak har brukt for mine søk er CINAHL, utenom søk nummer 7 og 8 hvor jeg har brukt databasen PubMed. Ved flere søk kom jeg frem til de samme studiene jeg allerede hadde plukket ut fra tidligere søk med andre søkeord, derfor har jeg nummerert studiene fra 1. – 5. for bedre oversikt.

Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste artikler	Utvalgte artikler til bacheloroppgaven	Relevans for bacheloroppgaven
1	Stoma OR ostomy		4705			
2	Stoma OR ostomy AND cope	Utgivelsesår: 2010-2015 Språk: Engelsk Alder: 19-44	84	3	1. Living with digestive stomas: Strategies to cope with the new bodily reality	Funnene i studien er tre strategier som pasienter med stomi mener er avgjørende for å mestre situasjonen. Strategiene blir grundig forklart, og forfatterne konkluderer til slutt med hva som er viktig for pasientene i denne prosessen.
3	Stoma AND cope	Utgivelsesår: 2010-2015	9	3	2. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery	Studien sier noe om stressfaktorene knyttet til det å få stomi, og påvirkningen på pasientenes psykososiale helse. Videre sier forfatterne noe om hva som er viktig for å mestre stressfaktorene.
4	Stoma AND cope AND nursing	Utgivelsesår: 2010-2015	7	2	Studie 1. og 2.	

5	Stoma AND self care	Utgivelsesår: 2010-2015	76	4	Studie 1. og 2. 3. Learning to live with a permanent intestinal ostomy: Impact on everyday life and educational needs	Forfatterne undersøker påvirkningen en permanent stomi har på pasientens hverdag, og dens behov for undervisning. Studien sier noe om pasientenes opplevelse av å få stomi, og hva de har behov for, for å mestre situasjonen.
6	Stoma AND psychological	Utgivelsesår: 2009-2015	69	2	Studie 1. og 2.	
7	Stomas AND coping	Utgivelsesår: 2009-2015	17	2	4. Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas	Studien baseres på pasientenes utfordringer knyttet til stomi. Mestring og aksept var hovedfunnene. Forfatterne presenterer pasientgruppens mestringsstrategier.
8	Coping AND ostomy	Utgivelsesår: 2008-2015	93	2	5. Coping strategies of ostomized individuals	Studien baseres på pasienter med stomi sin erfaring med å mestre en ny livssituasjon. Forfatterne konkluderer med hvilke strategier som oftest er tatt i bruk av denne pasientgruppen.

PLISSIT Model of Addressing Sexual Functioning (Annon, 1974)



Figur: PLISSIT-Modellen hentet fra Macmillan den 4. Februar 2016

<http://www.macmillan.org.uk/Aboutus/Healthandsocialcareprofessionals/Newsandupdates/MacVoice/Letstak.aspx>

(P) Permission/tillatelse: Sykepleieren tilkjennegir sin vilje til å snakke om pasienten sin seksualitet, slik at pasienten får «tillatelse» til å snakke om dette. Sykepleieren anerkjenner pasientens seksuelle behov og problemer, og lytter til disse.

(L.I) Limited information/begrenset informasjon: Sykepleieren gir muntlig eller skriftlig begrenset informasjon til pasienten på bakgrunn av sine egne kunnskaper. Informasjonen skal være forholdsvis enkel og ha et bredt siktemål.

(S.S) Specific suggestions/spesifikke forslag: Sykepleieren går i dybden og kommuniserer med pasienten om den situasjonen vedkommende er i. Informasjonen er detaljert og kan handle om rådgivning om spesifikke forslag til situasjonen eller problemet.

(I.T) Intensive therapy/intensive terapi: Sexologer eller spesialister gir samlivsterapi. Dette trinnet krever tid og spesialkunnskap.

(Laursen, 2011, s. 715-716).