



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Angelina Beloua		

Deltaker

Kandidatnr.: 634

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Meistring av livet med stomi	Egenerklæring *:	Ja	Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:
Antall ord *:	8989			

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Meistring av livet med stomi

Coping life with an ostomy

Kandidatnummer 634

Bachelor i sjukepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Rettleiar: Angelina Belova

Innleveringsdato : 22. April 2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

MEISTRING AV LIVET MED STOMI

VIKTIGHETA AV DEN GODE RELASJONEN

” Lar hendene føle kroppen. Magen er flat og glatt å røre ved. Står opp og går på badet. Ser meg naken i speilet. Synes min solbrente kropp er pen i forhold til alderen. På tirsdag skjærer de bort endetarmen min og trekker tykktarmen ut på magen, der det skal henge en plastpose som blir full av avføring. Resten av mitt liv. Kryper frysende til sengs. Gråter”.

(Thomsen, 2001, s. 696)

Bacheloroppgave i sjukepleie

Hvl, Stord, Kull 2017

Innleveringsdato: 22. April 2020

Antall sider: 44

Antall ord: 8989

Samandrag

Tittel: Meistring av livet med stomi

Bakgrunn: Bakgrunn for val av dette tema er personlege opplevingar rundt livet med stomi, samt møte med pasientar med stomi i heimebaserte tenester. Dette er eit spanande tema som enno er knytt ein del tabu rundt. Dette er eit viktig tema knytt til sjukepleie.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar fremje meistring hos heimebuande pasientar med stomi?

Hensikt: Hensikten med denne oppgåva er å besvare mi problemstilling, samt innhente ny kunnskap og informasjon knytt til temaet.

Metode: Metoden nytta i denne studien er eit litteraturstudie. Det er nytta fire kvalitative forskingsartiklar og ein kvantitativ forskingsartikkel for å belyse tema i oppgåva. Databasane som er nytta til innhenting av forskning i denne oppgåva er Cinahl, sjukepleien.no sin database og OriA. Vidare er det også nytta lærebøker for å belyse oppgåva med teori.

Resultat: Forskinga viser at mange stomipasientar slit med å meistre den nye livssituasjonen med stomi. At dei treng rettleiing, informasjon og nokon å støtte seg på dersom dei treng det. For å kunne nå fram til pasientane med rettleiing og den informasjonen dei treng er kommunikasjon og relasjonen mellom sjukepleiar og pasient den aller viktigaste delen av arbeidet, utan at det er på plass vert det vanskeleg å få gidd den hjelpa pasienten treng.

Konklusjon: Denne bacheloroppgåva belys viktigheta av å ha ein god kommunikasjon med pasientane, at å bygje ein god relasjon er viktig frå starten av og at rettleiing må skje når pasientane er klar for det. Vidare peiker oppgåva på viktigheta av å ha eit godt forhold til helsepersonell for å oppnå meistring i høve sin situasjon.

Nøkkelord: Sjukepleie, Stomi, meistring, livskvalitet

Summary

Title: Coping life with an ostomy

Contextual: The background for choosing this theme is personal experiences around the life with an ostomy, as well as all the meetings with patients in home health nursing. This is an exciting theme that still is linked to a lot of shame and changing in bodily image. This is an important topic related to the work nurses do.

Research Topic: How can nurses promote coping to patients that live in their own home with an ostomy?

Purpose: The purpose of this thesis is to enlighten my research topic. Gather updated and published data and information about the topic.

Method: The method used in this thesis is a literature study. Four qualitative articles and one quantitative article has been used. Databases used in this study is Cinahl, Oria, and nursing articles.

Result: In the researches we can see that the ostomy patients is struggling to cope with the new situation in their lives. They need information, someone to talk to that they rely on to get back with their normal lives.

Conclusion: This bachelor thesis points at the importance of good communication with the patients to build a good relationship, something that is very important from the start. Multiple elements need to be fulfilled to get the relationship right between the nurse and patient. The patients are also depending on feeling safe with the nurse before they open up with their problems.

Keywords: Nursing, ostomy, cope, quality of life.

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensing	1
2.0 Teori	2
2.1 Sjukepleiefunksjonen i heimen	2
2.2 Stomi	3
2.3 Sjukepleie ved stomibehandling	4
2.4 Sjukepleieteori – Joyce Tracelbee	6
2.5 Meistring	7
2.5.1 Lazarus og Folkmans stressmeistringsmodell	7
3.0 Metode	9
3.1 Litteraturstudie	9
3.2 Framgangsmåte og søk etter artiklar	10
3.3 Metodekritikk	12
3.3.1 Kritisk vurdering av eiga oppgåve	12
3.3.2 Kritisk vurdering av litteratur og artiklar	12
3.3.3 Kritisk vurdering av valte artiklar til denne bacheloroppgåva	12
3.3.4 Etikk i oppgåveskriving	14
4.0 Resultat	16
Atrikkel 1	16
Artikkel 2	16
Artikkel 3	17
Artikkel 4	18
Artikkel 5	18

5.0 Drøfting	20
5.1 Etablere god kontakt med pasient i deira heim	20
5.2 Hjelp, vegleiing og råd ift stomi.....	21
5.3 Meistring og krisestrategiar.....	23
6.0 Konklusjon	25
7.0 Referanseliste	26
8.0 Vedlegg	28
8.1 Artikkelmatriser	28

1.0 Innleiing

1.1 Presentasjon av tema

I mi bacheloroppgåve har eg valt å skrive om meistring av ny kvardag hos pasientar med stomi. Som sjukepleiarar treff me denne pasientgruppa på dei aller fleste arbeidsstadar, alt frå oppvavningsavdeling til heimesjukepleie. Eg har lyst å sjå nærmare på korleis me som sjukepleiarar kan vegleie og sørge for at dei pasientane som får stomi enklare kan meistre sin kvardag. Bakgrunnen for dette valet kjem av personlege erfaringar rundt temaet, men også fordi eg i laupet av alle mine praksisar har vert i kontakt med stomipasientar i alle aldrar. I tillegg har eg ein i svært nær familie som er ung, med ein to år gammal komplisert stomi. Han kjenner seg «fanga» og får ikkje mogleik til å ta opp gamle aktivitetar, har mykje sår og lekkasjar og snakkar lite om dei utfordringane han kjenner på i forbindelse med stomien. Eg har lyst å lære meir om korleis sjukepleiarar kan fange opp dei ulike problemstillingane til stomipasientar og legge til rette for betre meistring i kvardagen.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar fremje meistring hos heimebuande pasientar med stomi?

1.3 Avgrensing

I denne oppgåva har eg valt å ikkje inkludere born, men kunn vaksne. Vidare har eg avgrensa oppgåva til pasientar som får stomi på grunn av inflammatoriske tarmsjukdommar som ulcerøs kolitt og morbus Chron, eg vel difor å utelukka mage-tarm kreft, kort-tarm-syndrom samt stomiar i urinvegane. Vidare i teorien har eg valt å skrive om dei to typane stomi som er mest relevant for dei typane sjukdomar.

2.0 Teori

2.1 Sjukepleiefunksjonen i heimen

Målet med arbeidet heimesjukepleien utfører er at pasientane skal meistre kvardagen i sin eigen heim lengst mogleg og så lenge det er forsvarleg og ynskjeleg frå pasienten si side. Det krev kunnskap om fleire ulike sjukdommar, manglande funksjonsevne samt korleis dette verkar inn på kvarandre, og kva tiltak som må setjast i verk for at pasientane skal kunne leve eit best mogleg liv heime. Lova om helsepersonell sett krav om at helsehjelp, derunder også heimesjukepleie, skal utøvast i samsvar med fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13-32).

Det å bu i eigen bustad på tross av sjukdom og eit auka behov for helsehjelp kan bidra til auka livskvalitet og trivsel. Dei fleste menneske ynskjer å være sjølvstendige og uavhengig av hjelp frå andre, når nokon får behov for hjelp er det viktig at hjelpa som vert gitt bidrar til at dei igjen kan ta opp att sjølvstendigheten og uavhengigheten. Heimesjukepleien har hatt ein tradisjon prega av å gi omsorg og å ivareta pasientar, noko som fortsatt er viktig for mange av pasientane som heimesjukepleien yt hjelp til. Samstundes kan heimesjukepleien ha medvirka til å passivisera enkelte pasientar og skapt enno meir avhengighet. Dette dreier seg om at ein skal lytte til pasientane, og at dei sjølv kan sette seg mål, gjere meir sjølv og bli sjølvstendige igjen, ein bevegar seg då meir mot rehabilitering i heimesjukepleien enn det å gi direkte omsorg (Birkeland & Flovik, 2018, s. 33-48).

I heimesjukepleien er det helsepersonell som kjem inn på pasienten sin arena. Det som er mest spesielt med å arbeide i pasienten sin eigen heim, er pasienten sin sjølvrådrett. Det er viktig å vise respekt ovanfor kva ynskjer pasienten og deira pårørande har i sin eigen heim. Pasienten er juridisk sett på heimebane, og dei ansatte i heimesjukepleien må difor være bevisst på balanseongongen mellom kva dei meiner er det beste for pasienten og kva pasienten sjølv meiner er det beste. Samstundes vert heimen til pasienten automatisk helsepersonellet sin arbeidsstad når vedtaket om heimesjukepleie vert innvilga. Kvar enkelt pasient har sine egne rutinar, noko som medfører at det er heilt annleis å kome på jobb i ein privat heim enn inn på eit rom i ein institusjon. Å arbeide i nokon andre sin heim inneber å ivareta kvar enkelt pasient sine behov, samstundes som det organisatoriske og fysiske arbeidsmiljøet skal bli ivaretatt. Det første besøket ein tar i nokon sin heim bør være godt planlagt på førehand dersom det er mogleg, slik at begge partar kan forberede seg, det fyrste besøket vert ofte gjennomført av ein sjukepleiar.

Under besøket kartlegg ein nokre hovudpunkt som inneber grunnleggjande behov, sosialt nettverk, pårørande si vurdering av kva pasienten handterer sjølv, ergonomiske forhold samt vurdering av nødvendheta av å være to ansatte i å utføre tenestene. Vidare blir oppdraga laga og ein går inn i fasen med å bli kjend med pasienten og eventuelle pårørande. Det eg mange nye menneske for pasientane og pårørande å bli kjend med og mykje menneske som skal gå ut og inn i deira heim (Birkeland & Flovik, 2018).

2.2 Stomi

I Noreg lev omlag 20.000 menneske med stomi. Det vert utført mellom 3000-4000 stomioperasjonar årleg i Noreg. Av desse operasjonane er ca. 75 prosent av dei permanente stomiar (Norilco, 2019).

Ordet stomi er gresk og betyr åpning eller munn. Ved anleggelse av ein stomi vert tarmen trekt ut gjennom ei operativ opning i abdominalveggen, vidare vert tarmen vrent på utsida av abdomen for så å verta sydd fast. Muskulaturen i tarmen er ikkje viljestyrt slik den muskulaturen me har i endetarmen er, difor har ikkje stomiopererte kontroll over kva tid tarmen tømmer seg eller slepp ut gass (Almås, Stubberud & Grønseth, 2010).

Permanent ileostomi:

Denne typen stomi vert også kalla for endeileostomi då det ofte er den nedste delen av tynntarmen som vert lagt ut, i tillegg er ofte tjukktarmen også fjerna. Denne typen stomi ligg som oftast på høgre sida av pasientens mage. Dei vanlegaste årsakene for denne type stomi er ulcerøs kolitt eller Chrons sjukdom. Ved denne type stomi vil næringsopptaket være omtrent som før, men væske og elektrolyttopptaket er redusert fordi tjukktarmen ikkje lenger er i bruk, den har ein viktig funksjon i opptak av væske. Ved ileostomi vil tarminnhaldet vere tyntflytande, det vill tømme seg kontinuerleg og avføringa inneheld fordøyelses enzym som er svært irriterande på huden som vidare vill føre til sårddanning. Normal mengde frå ein ileostomi er 600-800 ml per døgn. Ileostomiane fører lettare til lekkasje enn ein kolostomi, difor vert ileostomien konstruert med 3-4 cm utanfor hudnivået (Almås et al., 2010).

Kolostomi:

Ved kolostomi er det sigmoideum som er lagt ut og denne stomien finn ein på venstre sida av pasientens mage. Her er den vanlegaste årsaka for anleggelse kreft, men også inflammatoriske tarmsjukdommar er ein av årsakane til kolostomi. Ved kolostomi er næringsopptaket det same som før då det skjer i tynntarm. Kolon står for væske og elektrolyttbalanse, men denne vert

også sjeldan påverka då den gjenverande delen av kolon klarar å ta opp væsker og salter som kroppen treng. Dette gjer at avføringa som kjem ut er av vanleg konsistens og er lite etsande på huden. Normalt vill ein kolostomi tømme seg 2-4 gonger i løpet av eit døgn (Almås et al., 2010).

Ulcerøs kolitt:

Ulcerøs kolitt er ein kronisk intermitterande inflammatorisk sjukdom i colon. Årsaka til denne sjukdommen er enno ukjend, men forskning tyder på at ein må være genetisk disponert for å kunne få sjukdommen. Ein antar at inflammasjonen som skjer i tarmen er ein overreaksjon på ein bakterie i tarmhøla. Ulcerøs kolitt er begrensa til colon og vil ikkje spreie seg vidare i fordøyelsessystemet. Symptoma er avhengig av kor utbreidd sjukdomen er, men dei vanlegaste symptoma er diaré og blødning frå tarmen. Det er også normalt med akutt toalettrang også kalla «urgency». Pasientane kan få jernmangel som vidare fører til trøtthet og slapphet, feber og smerter i abdomen. I behandlinga av ulcerøs kolitt nyttar ein legemiddel som skal sørge for tilheling av tarmslimhinna. Ved akutt og alvorleg sjukdom vert operasjon nytta og ein fjernar då heile colon, dette fører til at pasienten får anlagt stomi (Ørn & Bach-Gransmo, 2017).

Chrons sjukdom:

Chrons sjukdom er ein kronisk inflammatorisk tarmsjukdom som kan ramme alle delar av mage-tarm kanalen. Som ved ulcerøs kolitt er det genetiske faktorar som er årsaka til sjukdommen. Inflammasjonen som skjer ved chrons sjukdom rammer alle laga i tarmveggen og ikkje berre slimhinnene. Omlag ein tredel har sjukdommen berre i tjukktarm, ein tredel i tynntarm og resten i både tjukk og tynntarm. Symptoma på sjukdommen er magesmerter og både obstipasjon og diaré er vanleg, vidare er vekttaap og slappheit eit vanleg symptom. Pasientane har sjeldan blødning frå tarmkanalen, men ofte lett grad av anemi. Leddplager, hudplager og augeinflammasjonar er også vanleg å få med denne sjukdommen. Glukokortikoider har god effekt på Chrons sjukdom, men det er ikkje tilstrekkeleg behandling aleine. Immunsuppremerande legemiddel har god dokumentert vedlikehaldsbehandling. Etter ein del år med chrons sjukdom vil ein stor andel av pasientane, (omlag halvparten) har behov for kirurgiske inngrep, der ein fjernar delar av tarmane. Nokre av desse pasientane endar då opp med stomi (Ørn & Bach-Gransmo, 2017).

2.3 Sjukepleie ved stomibehandling

Stomimarkering:

Før pasientane får stomi skal kyndig helsepersonell markere kvar stomien skal være. Dette er avgjerande for kvardagen som kjem i ettertid. Sjukepleiar kan gjere dette, men det er viktig at den som gjer det har erfaring og kunnskap om kva ein bør tenkje over når ein skal markere kor ein stomi skal være. I dei fleste tilfelle skal vere livet ut. Ein må markere medan pasienten er liggande flatt og sittande oppreist, samt i kvardagslege stillingar som til dømes ved å bøye seg ned å plukke noko opp. Det er viktig at stomien ikkje vert plassert midt i ein hudfald eller i bukselinninga då dette gjer det vanskeleg for pasienten å utføre daglegdagse oppgåver og finne klede som ein kan bruke. Det er vidare av stor betydning at stomien vert plassert på eit jamt hudområde for å unngå større sannsynlegheit for lekkasjar. Det er også viktig at stomien ikkje vert plassert for nærme lyske, hoftekam, navle eller ribbeinsboge. Dersom operasjonen er planlagt, kan det være nyttig at pasienten får prøve å gå med ein stomipose limt til magen, med til dømes litt fuktig toalettpapir oppi i nokre døgn før operasjonen. Dette kan være med på å avgjere kor ein skal plassere stomien. (Almås et al., 2010).

Stomistell:

Retten etter operasjon er stomien raud og hoven, før heimreise vil hevelsen vere gått ned til normal storleik, på denne måten kan pasienten gjere seg litt kjend med utsjånaden før hen er komen heim. Ved stomistell nyttar ein ei stomiplate som sitt saman med ein stomipose eller eit to delt system med plate for seg sjølv og pose ein kan ta av og på. Plata må alltid klippast slik at den passar akkurat til stomien. Dette for at det ikkje skal bli lekkasjar og for at ikkje avføringa skal renne ut og ligge på huda då det skapar sår og smerter. Ved stell av stomien nyttar ein vatn og kompressar for å vaske, stomien kan gjerne blø litt under stell, og det er viktig at ein informerer pasienten om at dette er heilt normalt og ufarleg. Vidare er det viktig at ein fjernar alle limrestar frå den tidlegare plata, dersom dette ikkje går med vatn, nyttar ein plasterfjerner. Det er nyttig å varme opp plata som skal festast på huda til pasienten igjen, dette kan ein lett gjere ved at ein legg plata inntil huda til pasienten medan ein reingjer og ventar på at området skal tørke skikkelig. Det er også nyttig at sjukepleiaren har god kunnskap om stell og utstyr og kan informere pasienten om dette, det er også viktig at pasienten gjer det han klarar sjølv, då det gir auka meistringskjensle og sørger for at pasienten kanskje kan gjere heile stomistellet sjølv etter kvart (Almås et al., 2010).

2.4 Sjukepleieteori – Joyce Tracelbee

Joyce Travelbee definerer sjukepleien som ein «*mellommenneskleg prosess der den profesjonelle sjukepleiaren hjelper eit individ, ein familien eller eit samfunn til å meistre ulike erfaringar med lidelse og sjukdom, og om mogleg finne ei mening med desse erfaringane*». For Travelbee består sjukepleie i å hjelpa den lidande og sjuke i å finna mening med situasjonen ein er i (Travelbee, 1999).

Travelbee har formulert tre punkt som ho meiner er sjukepleiaren sine oppgåver. Dei tre punkta er å anerkjenne pasienten som eit unikt og uerstattelig individ, å utvikle eit «menneske-til-menneske-forhold» til pasienten og å møte behova til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sjukepleiaren si hensikt. Vidare såg Travelbee at kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar var sentral i sjukepleien. Kommunikasjon er ein komplisert og tosidig prosess der det er svært viktig at sjukepleiaren forstår og oppfattar det pasienten formidlar, dette krev ein del ferdigheter frå sjukepleiaren og at hen har evne til å oppfatte den verbale og non verbale kommunikasjonen hos pasienten. Travelbee seier at kommunikasjon er eit middel til å etablere menneske-til-menneske-forholdet (Eide & Eide, 2017, s. 359-369).

Travelbee hevder også at ein må kunne dele nokre erfaringar som er like for å kunne kjenne empati, samstundes må ein også være interessert i å forstå seg på den andre personen. Ein kan ikkje alltid forvente at alle sjukepleiarar er like empatiske sjølv om ein deler den same erfaringa. Å vise sympati er eit skritt vidare frå det å være empatisk, det vil sei at ein kjenner nærleik til den andre, kjenner på bekymring og ynskjer å hjelpe med den andre si liding gjennom omsorg og pleie slik at pasienten skal sleppe å bære all liding aleine. Travelbee seier også at lidelse er ein del av det å være eit menneske og noko alle før eller seinare kjem til å oppleve i ein slags form. Travelbee meiner vidare at det er viktigare for sjukepleiaren å fokusere på pasienten si oppleving av lidelsen framfor sjølve lidelsen i seg sjølv. Vidare seier ho at det er nødvendig å finne mening med livet for at livet skal verta oppfatta som meningsfullt. Særskild i sjukdomssituasjonar er det eit stort behov for dei aller fleste å finne ein mening med livet, det vill sei at ein skal kjenna seg til stades og nødvendig for nokon. Ved at ein sjukepleiar hjelper pasienten til å sjå at sjukdomssituasjonen kan være meningsfull vill ein bidra til sjølvutvikling for den særskilde pasient (Kirkevold, 1998).

2.5 Meistring

Meistring er eit vidt omgrep med mange forskjellige innfallsvinklar. Me snakkar om meistring når det kjem til tankar, følelsar, ubehag og tap (Renolen, 2015). Eide & Eide (2017) seier også at meistringsomgrepet kan nyttast om reaksjonar på alvorlege livshendingar. Meistring har som hensikt å hindra svært negative følger av ulike påkjenningar som til dømes sjukdom, lidelse eller skade. Alt dette handlar om å tolerera og redusera belastningane ein vert utsatt for (Eide & Eide, 2017).

2.5.1 Lazarus og Folkmans stressmeistringsmodell

Lazarus og Folkman (1984) såg på meistring som ein prosess, dei prøvde å sjå på ulike meistringsstilar hos kvart enkelt individ. Når ein person står ovanfor ein stressande situasjon vill ein alltid vurdere kor farleg situasjonen er, dette kalla dei for primærvurderinga av situasjonen. I sekundærvurderinga i situasjonen såg dei på kva som faktisk kan gjerast og kva konsekvensar dei aktuelle handlingane kan få. Det eg mange forhold som kan påverke korleis ein person opplev ein uventa situasjon med til dømes sjukdom, tidlegare erfaringar om liknande hendingar spela inn og kulturell bakgrunn vil også ha noko å sei. Vidare ynskjer ein å meistre stresset. Lazarus og Folkman definerer meistring som *«kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser»*. Lazarus og Folkman var oppteken av å sjå samanhengen mellom meistring og resultatet av meistringa. Dei meiner at meistringsstrategi i seg sjølv ikkje kan betegnast som god eller dårleg, men at ein må sjå det i samanheng med kva prosess personen er i (Renolen, 2015, s. 166-169).

Problemfokusert meistring:

Lazarus og Folkman beskriver dette som tiltak som set fokus på å løyse problema. Det kan være retta ut mot omgivingane som til dømes å få tilgang på og søkje etter hjelp og støtte. Det kan være å endre livsstil, endre rutinar eller å redusere ytre stress. Andre måtar å redusere stresset på kan være å senke ambisjonane og søkje informasjon og ny kunnskap. Desse meistringsstrategiane kan være hensiktsmessige, men også uhensiktsmessige. Til dømes kan det å innhente informasjon om til dømes ein sjukdom og den si behandlingsform gi ein følelse av kontroll, men kan også skape forvirring og usikkerhet då ein til stadigheit er på jakt etter ny informasjon, som kan auke stressnivået ytterlegare (Renolen, 2015, s. 169-172).

Emosjonsfokusert meistring:

Ved denne type meistring prøver ein å endre dei følelsesreaksjonane ein får i forbindelse med stress. Dette kan til dømes være kognitive strategiar som å unngå informasjon eller ulike

situasjonar som kan framprovosere stress. Andre former er fysisk aktivitet eller bruk av medikament eller alkohol. Dette kan gi ei midlertidig løysing og eit pusterom i ein situasjon ein kjenner er uhandterleg (Renolen, 2015, s. 169-172).

Meiningsfokusert meistring:

I 2000 laga Folkman og Greer ein tredje meistringsstrategi som dei kalla meiningsfokusert meistring. Denne strategien byggjer på dei positive følelsane ein får i forbindelse med kriser og stress i livet. Mange kjenner at dei får kontakt med sitt indre og finn ei meining med livet når dei står ovanfor slike situasjonar. Folkman har identifisert fire strategiar, det første er revurdering av mål. Mål kan gi optimisme og håp, men også vera uopnåelege. Det andre er å skape positive augneblikk, det vill sei å sjå det positive i kvardagslege hendingar. Det tredje er å finne fordelar, som til dømes at ein gitt sjukdom har gitt ein betre relasjon til familien. Det fjerde punktet er å ha fokus på det som har størst tyding i livet som til dømes å nytte tida si med dei ein er glad i (Renolen, 2015, s. 171-172).

3.0 Metode

Metode vill sei den systematiske framgangsmåten ein nyttar for å samla informasjon og kunnskap for å belysa ei problemstilling. I metoddelen av oppgåva skal ein beskrive korleis ein har gått fram til funn av artiklar og om dei er gode nok for oppgåva (Thiedemann, 2017, s. 76-77)

3.1 Litteraturstudie

På bakgrunn av HVL sine retningslinjer er denne oppgåva eit litteraturstudie. Thiedemann (2017) seier at i ein litteraturstudie skal ein innhente og systemisera skriftlege kjelder frå bøker og artiklar. Hensikta med denne studien er å gi lesaren god forståing om det gitte tema og problemstilling for oppgåva. I tillegg skal det gi ein god og enkel oversikt over korleis ein har funne fram til denne kunnskapen (Thiedemann, 2017, s. 79-82).

Kvantiativ metode:

I ein kvantiativ metode skal ein kartlege ein gitt problemstilling, finna samanhengar, belysa årsak og måle effekt av tiltak som er satt i gang. Det fins ulike måtar å gjennomføre eit slikt studie på: tverrsnittstudie, kohort, kasus-kontroll og randomiserte kontrollerte forhold. Kvantiative data er målbare forhold som gir faktakunnskap heilt nøyaktig (Thiedemann, 2017, s. 78-79).

Kvalitativ metode:

Vert nytta for å beskrive og undersøke menneske sine opplevingar og erfaringar under eit gitt tema. Det vert nytta ei systematisk tilnærming for å forstå enkelte sjukdomar, opplevingar, fenomen utan målingar slik som i kvantiativ forskning. Her legg ein meir vekt på til dømes menneske sine kjensler rundt meining, opplevingar, forståing og følelsar (Helsebiblioteket, 2016).

Thiedemann (2017) beskriv kvalitativ studie slik:

«Den humanvitenskaplige, forstående kunnskapstradisjonen benytter kvalitativ metodetilnærming. Hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser» (Thiedemann, 2017).

3.2 Framgangsmåte og søk etter artiklar

I søk etter relevante forskingsartiklar er det nytta ulike databasar. Eg starta med å søkje i sjukepleien si forskingsdatabase, vidare vart Oria, Cinahl, Svemed+ og pubmed nytta. Artiklane som vert nytta i denne bacheloroppgåva er funne i sykepleien.no sin forskingsdatabase, Cinahl og oria.

Søkjeord er: stoma, ostomy, nursing, coping, quality of life, bodily change, communication, information. Desse orda er også blitt nytta på norsk, då i databasane svemed+ og sykepleien. Etter ein del søking avgrensa eg søka mine til 2010 – 2020 og vidare på fagfelleverdert forskning for å få den nyaste og beste forskinga på dette området.

Søk i Cinahl			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Stoma		2830
S2	Ostomy		6721
S3	Well-being		52 294
S4	Life quality		169 417
S5	S1 and s2 and s3 and s4		21 treff
S6	S1 and s2 and s3 and s4	Publisert 01.01.10 – 01.01.20 og engelsk språk	17 treff
S7	Healthcare		579 095
S8	S1 and s8		278
S9	S1 and s8	Publisert 2010-2020 – engelsk spåk – peer rewievd	182

Søk nummer seks gav meg 17 treff, og nummer tre på lista over artiklar eg fekk opp var *“Psychological Well-Being and Quality of Life in Crohn's Disease Patients With an Ostomy”*. Artikkelen var relevant for meg då den tar opp tematikken eg har i problemstillinga mi. Søk nr 9 gav meg 182 treff, dette var litt mange artiklar å bla seg gjennom, men nr ein på lista var *«Healthcare experiences following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration»* som eg tenkjer er svært relevant for drøftinga i denne oppgåva.

Søk i Oria			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Bodily reality		42 942
S2	Stoma		46 311
S3	S1 and s2		169
S4	S1 and s2	2010-2020	85
S5	S1 and s2	Fagfelleverderte artiklar	62
S6	Learning to live with a osomy		579

Søk nr fem gav 62 treff, der *Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality* låg som nr ein på søkjerresultatet. Dette var ein artikkel som traff mi problemstilling om av livet med stomi.

Søk nr seks gav også treff som er relevant for meg, øvst på lista fekk eg fram artikkelen “*Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs*”, dette er ein artikkel eg tidlegare i studiet har lest og som eg hadde liggande i ein perm, difor leita eg den fram igjen for å nytte den i denne oppgåva.

Søk i sykepleien forskning			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Hjemmesykepleien i møte med pasienter		65 treff
S2	Hjemmesykepleien i møte med pasienter	Kun forskingsartiklar 2010 – 2020	13 treff

Søk i sykepleien.no sin forskingsdatabase gav tretten treff. Den femte artikkelen, «*hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten*», har relevans for denne oppgava. Å fange opp dei som føler dei ikkje strekk til i kvardagslege gjeremål eller meistrar oppgåver i kvardagen grunna stomi treng å få tiltak kring seg og sin situasjon. Det er viktig at sjukepleiaren ser dette slik at dei naudsynte tiltaka vert sett i gong snarast slik at ikkje det går for langt og pasienten kan bli deprimert.

Som vedlegg til denne bacheloroppgåva ligg matriser for dei artiklane som er blitt brukt.

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Kritisk vurdering av eiga oppgåve

Eg hadde på førehand bestemt kva tema eg ville skrive om, men strevde litt med problemstilling. I tillegg har eg nytta mykje tid på søking. Då eg landa på problemstillinga fann eg dei rette søkjeorda eg ville nytte og kunne finne artiklar som passa inn mot mi problemstilling. I oppgåva har eg inkludert forskjellige metodar for å belyse tema eg skriv om på rett måte. Samstundes har eg valt pensum me har hatt gjennom studiet som er relevant for å belyse problemstillinga. Vidare valte eg Joyce Travelbee sin sjukepleieteori då eg syns ho treff mykje av tema eg skriv om.

3.3.2 Kritisk vurdering av litteratur og artiklar

I ei bacheloroppgåve skal ein alltid inkludere ulike vitskap frå vitskaplege artiklar. Oppbygginga av ein vitskapleg artikkel innan helse og medisin faget fyljer i dei aller fleste tilfelle IMRaD strukturen, som står for Introduction, Method, Result and Discussion. Dette gir ein klar oversikt over kva artikkelen inneheld og alle godkjende vitskaplege artiklar er oppbygd på denne måten, med nokre få unntak. Hensikta med vitskaplege artiklar er å kome med ny kunnskap innanfor eit felt. Dei vitskaplege artiklane vert alltid innleia med ei samanfating og vidare kva studien inneheld. Dette er eit svært nyttig verktøy for å snarleg finne ut om dette er ein artikkel som er nyttig for mi problemstilling (Thiedemann, 2017, s. 68-75).

Eg har nytta IMRaD strukturen for å sjå at alle artiklane eg har valt har ei tydeleg presisert innleiing med formulert problemstilling, kva metode forskarane har nytta, at resultatet kjem tydeleg fram samt kva forskaren meinte dei fekk ut av studien. Eg har også sjekka bakgrunnen til dei som har skrive forskingsartiklane eg har valt for å sjå at dei hadde kunnskap om tema dei har skrive om.

3.3.3 Kritisk vurdering av valte artiklar

“ Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality1”

(Candela et al., 2014)

Formålet med denne studien er klart formulert då dei ynskja å sjå på dei ulike strategiane pasientar med stomi nytta for å meistre sin situasjon. Det kjem også klart fram at dei har nytta eit kvalitativt studie som metode, dette er ein nyttig metode for å gjennomføre ei slik forskning då ein skal sjå på pasientane si føling og meistring av den nye kvardagen med stomi. Utvalget kjem også tydeleg fram og dei intervjuar 21 vaksne pasientar med stomi, gjennom intervju.

Alle dei 21 deltakarane som var med i studien svarta på intervjuar både skriftleg og munnleg,

med like kriterier og utgangspunkt. Artikkelen er godkjent av den etiske komiteen på universitetet i Malaga (School of health and sciences). Dei funna som vart gjort i forskinga kom tydeleg fram med tre spesifikke punkt. Desse resultata kan ein nytte i praksis for å kjenne til kva utfordringar stomipasientane sjølv kjenner på.

“ Psychological Well-Being and Quality of life in Chron`'s Disease Patients With an Ostomy “

(Knowles et al., 2013)

Formålet med denne studien kjem tydeleg fram då dei ville sjå på forskjellane med akutte og elektive stomioperasjonar, samt permanente og midlertidige stomiar, korleis pasientane kjende på sjukdomsforståing, meistringsføling, angst, depresjon og livskvalitet. Metoden dei nytta er eit tverrsnittstudie/prevalensstudie. Det blei delt ut spørjeskjema med tre ulike delar til deltakarane i studien. Populasjonen er tydelig formulert og at det er 31 vaksne personar med Chron`'s sjukdom og stomi. Det vart innhenta informasjon om pasientane frå sjukhusjournalar. Dei utvalgte fekk spørjeskjema tilsendt i posten. Resultata som kjem fram i studien er tydelege. Det spela ingen rolle på livskvalitet, angst, meistring og depresjon om operasjonane var akutte eller elektive, eller om stomiane var permanente eller midlertidige. Dei hadde alle ein høg score på psykiske plager. Dette er noko som kan overførast til praksis at det både preoperativt, postoperativt og i ettertid må snakkast om dei psykiske påkjenningane ein kan få som følgje av ei slik kroppsleg endring.

« Healthcare experiences following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration”

(Thorpe, McArthur & Richardson, 2014)

Artikkelen har ein klar hensikt: Å få ei heilhetleg forståing av pasientane si ulike individuelle oppleving av det å leve med ein ny stomi og interaksjonar med helsepersonell over tid. Dette er ein kvalitativ metode der dei intervjuar tolv nyopererte stomipasientar, tre, ni og tolv månadar etter stomioperasjonen. Etter det vart data innsamla og analysert. Funna kjem klart fram at pasientane si tilpassing til stomien var avhengig av følelsen av å ver forberedt. Studien er vurdert og godkjent gjennom den etiske komiteen i England.

« Learning to Live With a Permanent Instetinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs”.

(Danielsen, Soerensen, Burcharth & Rosenberg, 2013)

Hensikten med denne studien var å sjå korleis ein permanent stomi hadde innverknad på dagleglivet. Og kva behov pasientane hadde for undervisning og vegleiing med tanke på stomien. Det vart nytta kvalitativ metode i studien, som er nyttig for å peike på pasientane si side. Utvalet kjem tydeleg fram og femten pasientar deltok i eit fokusgruppeintervju der alle fekk svare på dei same spørsmåla. Studien overhaldt dei etiske retningslinjene og vart godkjend i komitéane for biomedisinsk forskingsetikk i København og Helsingfors.

« Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten »

(Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014)

Hensikta kjem tydeleg fram, ein skal undersøke korleis heimesjukepleiaren bekriv ein nedstemt pasient, korleis dei fangar opp signal på depresjon og korleis dei sett i gong tiltak. Metoden dei har nytta er ein kvalitativ studie der det kjem tydeleg fram kva utval som er med. Det vart utført ti intervju av heimesjukepleiara i eit byområde i Noreg. Det vart gjort ei bekrivande tematisk tekstanalyse av materialet i etterkant. All data er standarisert for alle deltakarane. Av etiske hensyn fekk alle deltakarane munnleg og skriftleg informasjon om studien og underteikna ein samtykkjeerklæring. For å ivareta anonymiteten til deltakarane er vidareutdanning ikkje beskrive i studien. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapleg datateneste. Funna er klart presentert og resultatet kan vidareførast til praksis i arbeid i heimesjukelpeien

3.3.4 Etikk i oppgåveskriving

I denne oppgåva har eg nytta APA – standaren for oppsett og kjeldehandtering. Vidare har eg tatt omsyn til anonymitet i forhold til mine eigne erfaringar gjennom praksis. Artiklane eg har nytta i mi oppgåve er alle vurdert gjennom ulike etiske komitéar.

For å kunne ivareta enkeltpersonar innan forsking er det ei rekkje forskningsetiske komitear som skal godkjenne forskinga. Komiteane si oppgåve er å rettleie og gi råd om forskningsetiske spørsmål. Ved all forsking innan medisin og helsefag skal forskinga førehands godkjennast av ein av dei sju regionale forskingskomiteane for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk før ein startar arbeidet med forskinga (Dalland, 2012, s. 98).

Slik me kjenner etikken er den bygd på forskjellige normer, dette er normer som seier noko om kva som er rett og gale. Når ein vert stilt ovanfor avgjerdsler som er vanskelege skal etikken

retteleie oss og danne eit grunnlag for kva vurderingar me må gjere før me handlar. Ein kan dele etikken inn i forskningsetikk, yrkesetikk og personelg etikk, men det er egentleg ikkje noko grunnlag for å skilje mellom fagetikk og forskningsetikk (Dalland, 2012, s. 96).

4.0 Resultat

Atrikkel 1

“Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality1”

(Candela et al., 2014)

Hensikta med studien var å undersøke dei ulike strategiane som vert tatt i bruk av pasientar med stomi, for at dei skulle meistre sin situasjon. Metoden som vart nytta i denne studien var eit kvalitativt studie der 21 vaksne pasientar med stomi, frå ulike provinsar i Spania vart intervjuet. Intervjua varte i 35-40 minutt. Dei tre hovudpunkta som kom fram i studien for å meistre livet med stomi var tilpassing til ny kroppsleg endring, sjølvhjelp og eigenomsorg. For å meistre eigenomsorg og sjølvhjelp trengte pasientane informasjon, undervisning og vegleing om det praktiske med å ha ein stomi. Når det kom til tilpassing til kroppsleg endring handla det om ulike typar stomiestyr og kva endring av klesstil som var best. For å kunne tilby den enkelte pasient sjukepleie av god kvalitet må ein kunne klare å oppdage dei ulike strategiane for meistring hos den enkelte pasient.

Artikkel 2

“Psychological Well-Being and Quality of Life in Crohn's Disease Patients With an Ostomy.”

(Knowles et al., 2013)

Hensikta med denne studien var at dei ville undersøkje om det var ein samanheng mellom planlagde eller akutte stomioperasjonar samt det å få ein permanent stomi vs ein midlertidig stomi. Korleis dei forskjellige oppfatta forståing rundt sjukdom og meistring samt depresjon, angst og livskvalitet. I tillegg såg dei på kor mange av dei intervjuet som hadde hatt behov for psykisk helsehjelp og medikamentell behandling i form av antipsykotika. Metoden dei nytta var eit tverrsnittstudie med 31 utvalte vaksne pasientar, med Crohn's sjukdom og stomi. Det vart innhenta informasjon om pasientane frå sjukehusjournalane. Deltakarane fekk tilsendt informasjonsskriv samt spørjeskjema i posten. Sjukdomsfølelse hadde svært stor samanheng med auka depresjon, angst og nedsatt livskvalitet, dette innebar spesielt seksualitet, kroppsbilete og sosial funksjon. I spørjeskjemaet nytta dei hjelpeverktøyet «Hospital anxiety and depression scale», her scora 48% høgare enn grensa som indikerer angst. 42% scora høgare enn grensa som indikerer depresjon, men av alle desse var det berre 20 prosent og 31 prosent som nytta seg av tilbodet om psykisk helsehjelp. Om operasjonen var planlagt eller

akutt eller om stomien var permanent eller midlertidig såg ikkje ut for å påverke depresjon, angst eller nedsett livskvalitet. Alle personane i denne studeien hadde høg score på psykiske plagar. Og dei fleste mottok ikkje psykisk helsehjelp. Kommunikasjon og informasjon om moglege psykiske påkjenningar i samangeng med stomien bør bli tatt opp fleire gonger. Både preoperativt og postoperativt, vidare peiker dei på at dette er eit tema det bør forskast vidare på.

Artikkel 3

“Healthcare experiences following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration”

(Thorpe et al., 2014)

Hensikta med denne studien var å få ei heilhetleg forståing av pasientanes ulike individuelle opplevelse av det å leve med ein ny stomi og interaksjonar med helsepersonell over tid.

Formålet med denne studien er å informere helsepersonell. Metoden som er nytta i studien er ei kvalitativ forskningsstudie med tolv nyopererte stomipasientar. Dei vart intervjuja tre, ni og femten månadar etter operasjonen. Deretter blei data innsamla og analysert. Studien beskriv pasientane si føling av meistring og kontroll, samt kva støtte dei hadde frå helsepersonell.

Dette samla påverka korleis pasientane aksepterte sitt nye kroppsbilete og samt styrking av den sosiale sjølvfølinga. I studien blir det peika på tre tema som har stor betydning for stomipasientane si oppleving i møte med helsetenesta. Det er relasjonen mellom pasient og helsepersonell, følinga av å være forberedt til møta og attvinning av eigen autonomi.

Kvaliteten av relasjonen ein har til helsepersonellet er avhengig av kva tillit ein har til helsepersonell. Tida som vart nytta til deira pleie, pasientens eigen kontroll over pleie, forståing og kunnskap hos helsepersonell og kor lang tid pasienten var avhengig av helsetenesta. Pasientane si tilpassing til stomien var avhengig av følelsen av å ver forberedt.

Utvikling av kunnskap, forståing av operasjon og forventningane til livet etter stomioperasjonen gjorde at pasientane fekk ein større følelse av å ha kontroll. For å kunne ta egne sjølvstendige slutningar var det viktig at dei fekk god informasjon om eigen kropp og helse. Etterkvart som pasientane attvann sin kroppslige autonomi, minka også behovet betrakteleg for helsehjelp. Studien viste uansett at medviten rundt det at det var helsehjelp tilgjengeleg var svært viktig for alle pasientane som deltok. Dette gjaldt både tida rett etter operasjon og tida etter utskriving frå sjukehus.

Artikkel 4

“Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs”

(Danielsen et al., 2013)

Hensikta med denne studien var å sjå korleis ein permanent stomi hadde innverknad på pasientens kvardag. Samt å få innsikt i pasientane sine behov for stomirelatert undervisning og rettleiing. Femten pasientar i København med permanent stomi, som følge av colorektal cancer eller inflammatorisk tarmsjukdom deltok i studien. Metoden som vart nytta i studien er ein kvalitativ metode. Det vart utført fokusgruppeintervju, data blei deretter samla inn og analysert. I studien kom dei fram til at annleggelse av stomi førte til stigma og bekymringar i forbindelse med den nye kroppen. Vidare opplevde pasientane det vanskeleg å identifisere seg med det nye livet etter stomioperasjonen. Deltakarane sa også at dei kjende dei måtte bli sett som eit heilt menneske, at det var viktig med tett kontakt med helsepersonell og å få nyttig og påliteleg informasjon om livet med stomi. Vidare syns deltakarane at dei som underviste om livet med stomi burde ha hatt stomi sjølv ein gong i livet, slik at dei og hadde kjend på kjensla av å ha stomi og enklare kunne relatere seg til dei ulike problemstillingane.

Artikkel 5

«Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten»

(Halvorsrud et al., 2014)

Hensikta med denne studien var å sjå korleis sjukepleiarar kunne gjenkjenne ein nedstemt pasient samt å sette i gong tiltak. Metoden som vart nytta i studien var eit kvalitativt djupneintervju der ti kvinnelige informantar deltok. Alle jobba i heimesjukepleien i eit byområde i Noreg og alle hadde jobba der i minimum 1.5 år. Alderen på dei som deltok var 30-56 år og dei hadde arbeida som sjukepleiarar i alt frå 3- 23 år. Informantane skreiv ned ulike teikn dei såg hos ein nedstemt pasient og kva som skilde det frå å være ein depresiv diagnose. Det dei trakk fram som hovudtema i studien sin var at sjukepleiarar observerte pasientane sine vaner. Sjukepleiarane kunne observera at behovet til pasientane for å snakka auka eller at ivaretakinga av hygiene og ernæringsvart redusert. For å kunne gjennomføre desse observasjonane og sjå forandring var det viktig at sjukepleiarane kjende pasientane. Relasjon og kontinuitet mellom sjukepleiar og pasient er det som blir trekt fram når dei snakka om tiltak for å ikkje bli nedstemt. «Det lille ekstra», vert nytta i studien for å beskriva kva tiltak

som måtte settast i verk hos den nedstemte pasienten. Det kan være alt frå små samtalar til praktisk hjelp som kanskje ikkje er ein del av vedtaket pasienten har fått innvilga. For å kunne gi «det lille ekstra» nytter heimesjukpleiaren tid til pasienten som ho eigentleg ikkje har.

5.0 Drøfting

5.1 Etablere god kontakt med pasient i deira heim

Det å arbeide i nokon andre sin heim er noko heilt anna enn å arbeide på eit sjukehus eller ein institusjon. Ein er på pasienten sin heimearena og ein skal «trenge seg på» deira privatliv. Det er viktig å bli godt kjend og skape ein god relasjon til pasienten og eventuelle pårørande som bur i huset. I heimesjukepleien er det me som kjem inn på deira arena og ikkje motsett. Alle pasientar er ulike og det er viktig å bli kjend med kvar enkelt pasient. Alle pasientar har ulike behov og verdiar og det er nødvendig å finne ut korleis kvar enkelt pasient vill ha det. I det fyrste møtet med pasienten er det viktig å være audmjuk, ein skal inn i heimen deira og dei lurar nok på kven det er som skal inn der å arbeide kanskje fleire gonger i døgeret. Det er her viktig at ein presenterer seg godt, at ein kanskje fortel litt om kven ein er kva rolle ein har i arbeidet og korleis arbeidet frå heimesjukepleien vil bli utført. Det er mykje dei nye pasientane lurar på og det er viktig at den som kjem inn i heimen for fyrste gong tilstreber informasjon på ein god måte for den enkelte pasient og deira pårørande.

I følge Birkeland & Flovik (2018) kan det være ei stor spenning for pasienten knytt til det å få bistand og hjelp frå heimesjukepleien, ofte er det knytt spenning og usikkerheit til temaet om pasienten har eit stort hjelpebehov eller om det er mindre behov for hjelp. Vidare seier dei at det difor er svært viktig å nytte god tid på å etablere den gode kontakten og bli kjend med pasienten. Dei seier også at det er knytt store forskjellar i kor mykje den enkelte pasient ynskjer at dei som arbeidar i heimen skal vite om deira privatliv (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50-54). Eg har sjølv sett at det første møtet me som helsepersonell har med pasienten spelar ei stor rolle for relasjonsbygginga mellom pleiar og pasient. At ein viser ein er interessert i å bli kjend, tar pasienten sine problem på alvor og viser forståing og empati for deira situasjon og hjelpebehov.

Eide & Eide (2017) skriv at empati er evna til å oppfatte det ein anna person tenkjer og føler. Å bli sett og forstått er ei stadfesting i seg sjølv. At nokon høyrer på det me seier og lev seg inn i det me fortel og føler på, styrker sjølvfølelsen og fyller eit psykologisk behov for tilknytning (Eide & Eide, 2017, s. 155-163). Joyce Travelbee peikar også på viktigheita av å oppfatte det pasientane formidlar, ho seier det er viktigt å forstå det pasientane formidlar både verbalt og nonverbalt for å kunne sette i gang dei beste tiltaka for kvar einskild pasient. Ho seier vidare at når ein treff ein pasient for fyrste gong er det viktig at ein observera, vurderer og trekk slutningar om pasienten, på same måte som dei også vil gjere mot sjukepleiaren. Dette fyrste møtet vil være prega av fyrsteintrykk og tidlegare erfaringar frå liknande situasjonar ein har vore borti.

Her er oppgåva til sjukepleiaren å sjå pasienten som eit enkelt individ og eit enkelt menneske å setje til side alt ein tenkjer om korleis pasienten burde eller skulle vore. I følge Travelbee er empati evna til å gå inn i eller å ta del i og forstå eit anna individ si psykologiske tilstand. Empati er ein viktig forutsetnad for å kunne forstå pasienten (Kirkevold, 1998, s. 113-127). Både Travelbee og Eide & Eide er einige om at det er viktige å vise empati for pasientane, dette kan eg sjølv sei meg enig i. Dersom me kjem inn i ein heim utan å vise forståing for det pasientane har behov for klarer ein heller ikkje å byggje ein relasjon til dei på same måte som dersom ein kjem inn med forståing og eit genuint ynskje om å bli kjend med dei.

I lys av forskinga til (Thorpe et al., 2014) kjem det fram at dei fleste pasientar allereie då dei var på sjukehus ynskja å ha ein sjukepleiar tilgjengeleg etter heimkomst for å støtte seg på og spørje om hjelp dersom det var problem. Men at dette samstundes var noko som kunne truga deira autonomi. Vidare i forskinga kan ein lese at i tida rett etter operasjon var det mykje spørsmål dei trengde svar på, og at dei også trengte hjelp til ein del av stellet som omhandla stomien. Sjølv femten månadar etter å ha fått stomi svarte nesten alle at det var godt å vite at dei hadde nokon dei kunne snakke med om det så berre var ein telefonsamtale (Thorpe et al., 2014). Dette viser at heimesjukepleien kan være ein god støttespelar for pasienten. Det vil være viktig at ein i startfasen byggjer opp ein god relasjon slik at pasienten kan stole på pleiaren og ikkje er redd for å stille spørsmål. Dette kan vidare gjere kvardagen enklare for pasienten og trygg då dei veit at det er nokon som vill høyre på dei dersom dei har behov for det.

5.2 Hjelp, vegleiing og råd i forbindelse med stomi

Etter å ha gjennomgått ein stomioperasjon har ein gjort ein stor inngripen i eit av pasienten sine grunnleggjande behov og pasienten vil ofte ha behov for sjukepleie og vegleiing i ei stund i etterkant av ei slik endring i livet. Sjukepleiaren si rolle vil være å hjelpe pasienten med stell i forbindelse med stomien, men også etterkvart å rettleie og gi råd slik at pasienten etter kvart kan vinne tilbake eigenomsorga. I min praksis i heimesjukepleien opplev eg at pasientane reagerer svært forskjellig på det å få ein stomi, nokon er positive til det medan andre har store utfordringar og klarar ikkje forhalde seg til stomien.

I følge Nilsen (2011) er det å få ein stomi skremjande då det er knytt mykje usikkerhet rundt temaet. Det endrar måten ein kan leve på samt kroppsbiletet til pasienten. Nilsen seier vidare at usikkerheten kan vær skapt av kroppsidealet ein skal ha i vår tid. Det er definert ein idealkropp og det er viktig for menneske å sjå bra ut. Dersom ein får anlagt ein stomi kan dette kjennast som ein krenkelse (Nilsen, 2011). I forskinga til (Danielsen et al., 2013) kjem det fram at ein

stomi kan ha stor innverknad på kvardagen, pasientane var redd for at andre skulle sjå stomien deira, samt at det skulle kome lukt og lydar frå den. Vidare seier deltakarane i studien at det var avgrensa kva aktivitetar dei kunne delta på grunna deira mangel på kontroll over avføring og redsel for at nokon skulle kome borti slik at stomien kunne verta avslørt. Vidare beskriv dei at handteringa av sjølve stomien og utstyret rundt stell av stomi hadde ei sentral innverknad på kvardagen. Det tok tid for dei fleste å venne seg til stomien og ta på stomien før ein godtok at det var slik det skulle være (Danielsen et al., 2013).

I min praksis og arbeid i heimesjukepleien har eg møtt mange pasientar med stomi, både rett etter heimkomst frå sjukehus og pasientar som har hatt stomi i lenger tid. Mi erfaring er at dei fleste som nyleg har fått stomi kjenner på ein slags avstandskjensle og at dei ikkje klarer å ta inn over seg den nye kroppen, men personleg opplev eg at dei som har hatt stomien lenger lev betre med den og styrer det meste knytt til stell sjølv. I følgje (Nilsen, 2011) kan dei som før stomioperasjonen sleit med eit dårleg sjølvbilete ha det enda meir utfordrande i etterkant av ein stomioperasjon enn dei som ikkje sleit med dette før operasjonen (Nilsen, 2011). (Eide & Eide, 2017) underbygg denne påstanden og seier at pasientar og pårørande ofte opplev nye utfordringar etter heimkomst frå sjukehuset og at det er viktig at helsepersonell er til stades og fangar opp desse utfordringane. Det er viktig at pasientane klarer å samle tankane rundt det som har skjedd og at ein sørger for at dei på sikt klarer å venne seg til det nye tilværet (Eide & Eide, 2017).

Det er av stor betydning at heimesjukepleien her oppfattar problema og tankane til pasientane rundt den nye stomien, vegleier slik at dei kan meistre den for at dei vidare kan styre den sjølv. Det vill være viktig at ein også legg merke til om pasienten endrer mønster i alt frå oppførsel til ynskje av stell og vegleing i forhold til stomien. (Halvorsrud et al., 2014) har sett litt på korleis ein kan fange opp ein nedstemt pasient når ein arbeidar i heimesjukepleien. Her peikar dei på sentrale og viktige punkt som at ein må kjenne til pasientens mønster og vanar for å sjå etter forandringar. Vidare må ein sjå på om pasienten har eit auka behov for å snakke, er trist eller unnlater og avfeier hjelp til personleg hygiene (Halvorsrud et al., 2014). Som eit trinn i det å få ein stomi kan ein kjenna seg makteslaus, ein får ikkje delteke i dei daglegdagse gjeremåla og ein har ikkje kontroll over egen eliminasjon, dette kan gjere at ein kjenner seg makteslaus og kan bli deprimert. (Halvorsrud et al., 2014) peikar på at heimesjukepleien må yte «det lille ekstra» for å kunne sette i verk tiltak slik at pasienten kjem seg ut av den vonde spiralen dei er kome inn i. Her peikar dei på at det er viktig å ta seg tid, sette seg ned å snakke med pasienten og lytte. Nokon treng lenger tid enn andre for å opne opp om sine tankar og problem (Halvorsrud et al., 2014). Travelbee hevder at ein persons oppleving av sjukdom og lidning er

viktigare for sjukepleiaren og forhalde seg til enn sjølve diagnosen, ho seier at ein kvar sjukdom eller skade er ein trussel mot ein sjølv. Og måten den sjuke personen oppfattar sin sjukdom på, er viktigare enn å kategorisera sjukdomen i eit slags system. Ein kvar helsearbeidar kan ikkje vite noko om korleis personen oppfattar sin sjukdom før ein har drøfta det med det enkelte individ og får fram dei meiningane pasienten sjølv knyter til sin sjukdom (Kirkevold, 1998).

5.3 Meistring og krisestrategiar

Eide & Eide (2017) definerer omgrepet meistring som reaksjonar på store forandringar i livssituasjonen til eit menneske. Ved meistring skal ein vinne over dei negative følelsane og ikkje la dei ta overhand. Menneske reagerar forskjellig på ulike utfordringar og sjukdomar ein treff på i livet, og mykje av det er påverka av tidlegare erfaringar i livet (Eide & Eide, 2017). I ulike praksisar har eg sett at pasientar som i fleire år har levd med inflammatorisk tarmsjukdom har ofte ein nedsett livskvalitet og ynskjer ei endring i livet, mange kan sjå på det å få stomi som ein lettelse frå det livet dei har levd dei siste åra. I teorien til (Almås et al., 2010) kjem det fram at pasientar som har levd med inflammasjon og behovet til å alltid ha eit toalett i nærleiken ofte ser ein endring på problema når dei skal få stomi, at kvardagen kanskje blir lettare. I lys av forskinga til (Knowles et al., 2013) kan ein også sjå at dei har funne ut at pasientane som har levd med inflammasjon i fleire år ser lysare på å få ein stomi enn til dømes dei som må akutt opererast. Forskinga til Knowles underbyggjer altså teorien til Almås et.al.

I følge Eide & Eide (2017) kan tap av ein grunnleggjande funksjon føre til ei stor belastning for det enkelte menneske og vidare føre til ein sorg og krisereaksjon. Folkman og Lazarus har laga ei firetrinns meistringsmodell som beskriv meistringsprosessen godt. Det fyrste trinnet i denne modellen er den kriseutløysande reaksjonen, det andre trinnet er reaksjonane pasienten får som fylgje av krisa, det tredje trinnet er meistringsstrategiane som trer i kraft og det fjerde trinnet er ei revurdering av situasjonen og korleis pasienten ser for seg at livet skal være i framtida (Eide & Eide, 2017). Krisa som utløyser ein reaksjon kan være at pasienten må få stomi, pasientane kan reagere med lettelse, men som oftast med sorg, sinne, frustrasjon og skuffelse. Eg har opplevd ved fleire høve i løpet av studiet at pasientar ynskjer at sjukepleiaren skal ta seg av alt som omhandlar stomien, dei syns den er uvand, vill ikkje ha noko med den og gjer og posen på magen er noko framande for dei. Det er her viktig at sjukepleiaren normaliserer stomien og sørgjer for at pasientane forstår at den ikkje er ekkel. (Eide & Eide, 2017) skriv at for å kunne klare å fremje meistring og følinga av kontroll til pasientar må ein involvere dei i det som skal skje så snart som mogleg for at dei kan få nytte sine ressursar i stellet av stomien (Eide & Eide,

2017). (Nilsen, 2011) seier også at ein må introdusere pasientane for dei ulike typane stomiutstyr, men at dette må gjerast gradvis og ikkje på ein liten time på ein dag (Nilsen, 2011).

Eg ser at ofte kjem nyopererte stomipasientar heim frå sjukehus, ganske fortvila over situasjonen dei er i. Dei har fått mykje informasjon både før og etter operasjon, men mykje er glømt og det er skjønnsamt i ein slik situasjon. Det er mykje stomiutstyr og hjelpemiddel på marknaden og dei har ofte fått informasjon om alt i løpet av nokre få dagar. Det tar tid å bli kjend med sin nye tilværelse og kva utstyr som eignar seg best for kvar enkelt sin stomi. Det vill her være viktig at sjukepleiar observerer, har kunnskap og kan komme med innspel om kva ein kan prøve og vise det fram. I forskninga til (Candela et al., 2014) peikar dei på mange sentrale punkt som er viktig for dei som nyleg har fått stomi. Dei peikar på viktigheta av å få god og rett undervisning i forbindelse med stell av stomien og kva utstyr som var bra å nytte seg av. Vidare var dei opptekne av kva mat som var god og ikkje, med tanke på lukt og lyd frå stomi. Dei peika også på hygienen for å unngå sårhet og lekkasjar frå stomien. Vidare var dei også oppteken av korleis dei kunne kle seg med posen hengande på magen (Candela et al., 2014). (Nilsen, 2011) seier også at ein må introdusere stomiutstyret gradvis, samstundes er undervisning om kva matvarer som skaper lukt, luft og endring av tarminnhald informasjon som er nyttig for pasienten å vite om. Nilsen seier også at mange stomiopererte blir overraska over at ein kan nytte seg av vanlege klede utan at stomien er synleg. Ileostomiar og colostomiar fungerer optimalt sjølv om dei vert klemte under klede (Nilsen, 2011).

I lys av forsking til (Thorpe et al., 2014) kjem det også fram at det er viktig for pasientane å ha ein god relasjon til helsearbeidaren for kunne meistre det nye livet med stomi. Vidare var det viktig at dei kjende seg forberedt til møtet med helsepersonellet og at dei kunne få den hjelpa dei trengde for å ivareta si eiga autonomi å meistre stomien. Det var viktig for dei å kunne stole på helsearbeidaren slik at dei kunne opne seg opp for å spørje om det dei lurte på og få hjelp og informasjon på dei punkta dei trong hjelp til. Dei kjende det var viktig å ha ein tett og god dialog med helsepersonell for å attvinne kontrollen over eigen kropp (Thorpe et al., 2014). Dette gjenspeglar godt at det er av stor betydning med den gode relasjonen til pasientane, slik at dei er trygge på å opne seg opp for oss som helsepersonell slik at me vidare kan hjelpe dei til å meistre sine utfordringar.

Travelbee meiner at det å finne ei mening med livet er heilt nødvendig for at livet skal kjennast ut som det har noko tyding. Ho seier vidare at visst sjukepleiaren kan klare å få pasienten til å sjå sjukdomen/lidinga si som meningsfull så kan ein vidare bidra til at pasienten utviklar seg (Kirkevold, 1998).

6.0 Konklusjon

Gjennom denne litteraturstudien ønska eg å finne ut meir om kva som kunne bidra til meistring og betra livskvalitet for vaksne stomipasientar ein treff gjennom heimebaserte tenester. Eg avgrensa oppgåva mi til pasientar som av inflammatoriske tarmsjukdomar hadde fått stomi.

Det som går igjen gjennom forskning og teori er viktigheita av å byggje relasjon til pasienten og lære og kjenne dei. Skapa eit godt samarbeid og setje seg inn i deira livssituasjon. Dette er noko me som sjukepleiarar skal være gode på. Nettopp det å vise nestekjærleik og barmhjertigheit. Gjennom studien fann eg ut at det var viktig for pasientane å ha tillit til helsearbeidarane som kom å hjelp dei. Eg fann også ut at mange sleit med sjølvbiletet sitt etter ein slik operasjon, samt at det var mykje dei tidlegare hadde kunna deltatt på som dei kjende dei ikkje kunne være med på lenger. Her fann eg ut kor viktig det var at helsepersonellet hadde kunnskap om ulike hjelpemiddel og stomiutstyr. Dette for å kunne rettleie og hjelpe pasienten til å være meir sjølvstendig i forbindelse med stomien, samt å ta opp at gamle aktivitetar dei no kjende var vanskelege å få gjennomført.

For å kunne fremje meistring i ein slik livssituasjon som pasienten er komen i må ein klare å fremje meistringa, få pasienten til å kjenne at dei har kontroll og dei må inkluderast i alle avgjersler som vert teken, det er viktig at pasientane si autonomi vert ivaretatt. Ein må ta seg tid til å lytte til pasienten samstundes som ein må tenkje på det faglege og skaffe seg oversikt å kunne svare pasienten på det dei lurar på.

Kommunikasjon er det aller viktigaste verktøyet ein har som sjukepleiar og utan at ein får kommunikasjonen til å fungere med pasienten får ein ikkje gjennomført det arbeidet ein er der for å gjere. Dette er grunnlaget for å danne ein relasjon til pasienten. For å skaffe seg kunnskap og informasjon rundt det pasienten treng hjelp til, treng ein å kommunisere godt, skape god relasjon for så å ta fatt på helsefremjinga og byggje opp meistringskjensle og livskvalitet. Det som hadde vore aller mest hensiktsmessig hadde vore om den same eller eit fåtal sjukepleiarar hadde følgt pasienten, men dette er noko som er vanskeleg å gjennomføre med tanke på at heimebaserte tenester ofte er ein stor avdeling med mange ansatte og turnusarbeid. Difor er det viktig at alle gir seg tid til å verta kjend med pasienten.

7.0 Referanseliste

- Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Candela, B.-d.-L.-N., Miriam, C.-M., César, H.-M., José Miguel, M.-A., Concha, R.-M. & Magdalena Cuevas, F.-G. (2014). Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), s. 394-400. doi:10.1590/0104-1169.3208.2429
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, K. A., Soerensen, E. E., Burcharth, E. K. & Rosenberg, E. J. (2013). Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(4), s. 407-412. doi:10.1097/WON.0b013e3182987e0e
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon I Relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesyke=pleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning*, (3), s. 244. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0133
- Helsebiblioteket. (2016). Kvalitativ metode. Henta 15.03.20 2020 frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Knowles, R. S., Wilson, A. J., Wilkinson, A. A., Connell, A. W., Salzberg, A. M., Castle, A. D., ... Kamm, A. M. (2013). Psychological Well-Being and Quality of Life in Crohn's Disease Patients With an Ostomy: A Preliminary Investigation. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), s. 623-629. doi:10.1097/01.WON.0000436670.56153.7b
- Nilsen, C. (2011). Sykepleie til pasienter med stomi. I *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Norilco. (2019). Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. Henta 04.04.2020 2020
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thiedemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thomsen, L. (2001). Å være stomipasient. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie - praksis og utvikling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thorpe, G., McArthur, M. & Richardson, B. (2014). Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), s. 379-389. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.014
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ørn, S. & Bach-Gransmo, E. (2017). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

8.0 Vedlegg

8.1 Artikkelmatriser

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Tittel: “Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodilyreality1”</p> <p>Forfatter: Bonill-De-Las-Nieves, Candela ; Celdrán-Mañas, Miriam ; Hueso-Montoro, César ; Morales-Asencio, José Miguel ; Rivas-Marín, Concha ; Fernández-Gallego, Magdalena Cuevas (2014)</p>	<p>Sjå korleis pasientar med tarmstomiar meistra den nye kvardagen</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semistrukturert intervju – tidsperiode på 5 mnd.</p> <p>Intervjua vara i 35-40 min.</p>	<p>21 vaksne deltakarar i Spania</p> <p>Kunn pasientar med tarmstomiar (ileostomi og kolostomi)</p>	<p>3 punkt for å mestre livet med stomi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tilpassing til kroppsleg endring.2. Sjølvhjelp.3. Eigenomsorg <p>For å nå desse 3 punkta hadde deltakarane behov for informasjon og vegleiing angående stomiutstyr og k le val.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Tittel: “Psychological Well-Being and Quality of Life in Crohn's Disease Patients With an Ostomy”</p> <p>Forfatter: Knowles, R. S., Wilson, A. J., Wilkinson, A. A., Connell, A. W., Salzberg, A. M., Castle, A. D., ... Kamm, A. M</p> <p>(2013)</p>	<p>Samanheng mellom elective og akutte stomiopr.</p> <p>Permanent eller midlertidig stomi.</p> <p>Sjukdomsforståing, angst, depresjon, meistringsevne og livskvalitet.</p>	<p>Tversnittstudie</p> <p>Informasjon og spørjeskjema i posten</p> <p>Informasjon henta frå pasientjournal på sjukehus</p>	<p>31 pasientar med Chron` s sjukdom og stomi.</p>	<p>Dårleg sjukdomsforståing hadde samanheng med auka angst, depresjon og nedsett livskvalitet.</p> <p>Om stomiopr var akutt, elektiv, permanent eller midlertidig såg ikkje ut for å vikra inn på angst, depresjon, livskvalitet eller meistringsevne.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Tittel: “Healthcare experiences following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration”</p> <p>Forfatter: Thorpe, G., McArthur, M. & Richardson, B</p> <p>(2014)</p>	<p>Å få ei forståing av pasientars individuelle oppleving av å leve med stomi og interaksjoar med helsepersonell.</p> <p>Informasjon til helsepersonell</p>	<p>Kvalitativ forskning</p> <p>Intervju 3, 9 og 15 mnd etter stomioperasjon</p> <p>Ein til ein intervju med forskar.</p> <p>Skriftleg samtykke ved det første intervjuet.</p> <p>Intervjua vara i 35-90 min heime hos pasientane.</p>	<p>12 nyopererte stomipasientar innafor 15 mnd periode.</p> <p>Forventa å leve med stomien i over 1 år.</p>	<p>Pasientane si aksept for nytt kroppsbilete er påverka av følelsen av å ha kontroll, meistre stomien og god informasjon frå helsepersonell.</p> <p>3 tema er av betydning for stomipasientane i møte med helsepersonell:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relasjonen til helsepersonellet 2. Følelsen av å være forberedt. 3. Gjennvinning av autonomi.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Tittel: “Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs”</p> <p>Forfatter: Danielsen, K. A., Soerensen, E. E., Burcharth, E. K. & Rosenberg, E. J.</p> <p>(2013)</p>	<p>Finne ut kva påverknad ein permanent stomi hadde å sei for det daglege livet til stomipasientar. Og kva behov dei hadde for undervisning og veiledning i forhold til stomien</p>	<p>Kvaitativ studie</p> <p>Fokusgruppeintervju.</p> <p>Fenomenologisk og hermeneutisk teknikk for å fange opp pasientane si oppleving.</p> <p>Samla inn data ila ein 2 mnd periode.</p>	<p>15 vaksne personar i alderen 22-83 år med permanent stomi. 8 kvinner og 7 menn.</p> <p>Samla deltakarar gjennom ein stomiklinikk i København</p>	<p>Utvalet var bekymra for at stomien skulle verta oppdaga av andre i samfunnet. Stomien førte til isolering i kvardagen. Viktig med oppfølging frå helsepersonell, med realistisk syn på kva som kunne møte dei. Gruppeundervisning var også ynskje, med spesielt ynkje om at undervisaren også hadde stomi.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Tittel: «Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten»</p> <p>Forfatter: Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G</p> <p>(2014)</p>	<p>Korleis sjukepleiar kunne gjenkjenne ein nedstemt pasient samt setje i gong tiltak for å unngå depresjon</p>	<p>Kvalitativt studie</p> <p>Semistrukturert intervju.</p>	<p>10 kvinnelege informantar som hadde arbeida som sjukepleiar i 3- 23 år, derav minimum 1,5 år i heimebaserte tenester.</p>	<p>Kor viktig observasjon og god relasjon til pasient var for å kunne fange opp når det var ending. Som til dømes mindre sosial omgang, dårlegare hygiene og mindre fysisk aktive.</p>