



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for Folkehelsefag  
4BACH

Marte Merete Johansen & Matilde Storsveen Hågensen  
Veileder: Randi Løviknes

# Stomi og livskvalitet

## Ostomy and quality of life

Antall ord: 13679

Bachelor i sykepleie

Vår 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

# Sammendrag

**Tittel:** Stomi og livskvalitet.

**Avdeling:** Høgskolen i Hedmark.

**Utdanning:** Bachelor i sykepleie.

**Kandidatnummer:** 29 & 58

**Veileder:** Randi Løviknes.

**Nøkkelord:** Sykepleie, stomi, sykehus, livskvalitet, mestring, seksualitet, kommunikasjon.

**Bakgrunn:** Vår erfaring er at sykepleierens hovedfokus ligger på stell av stomien og tilhørende utstyr, fremfor pasientens livskvalitet og mestring av situasjonen. Derfor ønsket vi å rette oppmerksomheten mot dette og se hvordan det er mulig å nyttiggjøre den korte liggetiden i sykehus.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å vise hvordan sykepleiere kan bidra til god livskvalitet for pasienter som stomiopereres, mens de er inneliggende på sykehus.

**Problemstilling:** ”Hvordan kan sykepleiere, både pre- og postoperativt, bidra til god livskvalitet for pasienter som stomiopereres?”

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Det blir anvendt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. I metoddelen beskrives litteratursøk og kildekritikk.

**Drøfting:** Vi tar for oss den preoperative fasen, som vi ser på som grunnlaget for resten av sykehusoppholdet. Videre drøfter vi hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til god livskvalitet gjennom kommunikasjon, mestring og veiledning i forhold til seksualitet, postoperativt. Vi bruker lovverk, fagkunnskap og egne erfaringer for å besvare problemstillingen.

**Konklusjon:** Gjennom litteraturstudien har vi funnet ut at det er store variasjoner mellom reaksjonene pasientene får før og etter en stomioperasjon. Forskning beskriver at det å få stomi kan påvirke både livskvalitet, selvbilde og seksualliv. Sykepleieren bør fokusere på kommunikasjon og relasjonsbygging, god informasjon til pasienten, bruk av pasientens egne ressurser og åpenhet om seksualitet for å fremme god livskvalitet.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS .....	5
1.2 PROBLEMSTILLING .....	5
1.3 AVGRENSNING .....	5
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	6
<b>2.0 METODE.....</b>	<b>7</b>
2.1 LITTERATURSØK.....	7
2.2 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.....	8
2.3 KILDEKRITIKK .....	12
<b>3.0 TEORI.....</b>	<b>13</b>
3.1 INFLAMMATORISK TARMSYKDOM .....	13
3.1.1 <i>Chrons sykdom</i> .....	13
3.1.2 <i>Ulcerøs kolitt</i> .....	13
3.2 UTLAGT TARM – STOMI .....	13
3.2.1 <i>Kolostomi</i> .....	13
3.2.2 <i>Permanent ileostomi</i> .....	14
3.2.3 <i>Stomimarkering og stomistell</i> .....	14
3.3 KOMMUNIKASJON .....	15
3.3.1 <i>Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient</i> .....	15
3.3.2 <i>Pre-operativ samtale</i> .....	16
3.4 SYKEPLEIETEORI.....	17
3.4.1 <i>Joyce Travelbee</i> .....	17
3.5 MESTRING.....	19
3.5.1 <i>Mestringsstrategier</i> .....	19
3.5.2 <i>Sykepleierens rolle i mestringsprosessen</i> .....	21
3.5.3 <i>Krise- og mestringsteori</i> .....	22
3.5.4 <i>Mestring ved sorg og tap</i> .....	22
3.6 SELVBILDE .....	23
3.7 SEKSUALITET .....	23

---

3.7.1	<i>Stomi, sykepleie og seksualitet</i> .....	24
3.8	LIVSKVALITET .....	25
3.9	LOVVERK OG RETNINGSLINJER .....	25
3.9.1	<i>Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere</i> .....	26
3.9.2	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i> .....	26
3.9.3	<i>Helsepersonelloven</i> .....	27
<b>4.0</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>28</b>
4.1	PREOPERATIV FASE .....	28
4.1.1	<i>Pasientens ståsted</i> .....	28
4.1.2	<i>Preoperativ samtale</i> .....	30
4.2	KOMMUNIKASJON OG RELASJON .....	31
4.3	MESTRINGSPROSESSEN.....	34
4.4	SELVBILDE OG SEKSUALITET .....	38
<b>5.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>41</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>43</b>
	VEDLEGG 1: PICO – SKJEMA .....	45
	VEDLEGG 2: DATABASESØK .....	46
	VEDLEGG 3: STOMI – ELEKTIV PREOPERATIV INFORMASJON .....	47
	VEDLEGG 4: PLISSIT – MODELLEN .....	48

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

Denne oppgaven er skrevet som en avsluttende eksamen ved bachelorutdannelsen i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Formålet med oppgaven er å tilegne oss mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til god livskvalitet for pasienter som stomiopereres.

I Norge i dag er det ca. 14 000 mennesker med stomi (Norilco, 2015). Gjennom flere praksisperioder, spesielt praksis på gastrokirurgisk avdeling, har vi møtt pasienter som har fått stomi av ulike årsaker. Vi har møtt pasient både rett før og rett etter operasjon og vi møtt pasienter som har hatt stomi over lengre tid. Vi har møtt pasienter som har vært redde for å få stomi og pasienter som har blitt lettet over at de ikke fikk det, pasienter som raskt har akseptert kroppsendringen og pasienter som har hatt stomi i flere år uten å bli fortrolig med den. Vår erfaring er at sykepleierens hovedfokus ligger på stell av stomien og tilhørende utstyr, fremfor pasientens livskvalitet og mestring av situasjonen. Derfor ønsker vi å rette oppmerksomheten mot akkurat dette og se på hvordan det er mulig å nyttiggjøre den korte liggetiden i sykehus.

Rent sykepleiefaglig er temaet svært relevant, fordi vi vil møte stomipasienter i de aller fleste arenaer hvor det utøves sykepleie. Vi vil møte de i sykehus, i hjemmesykepleie, i sykehjem og i andre institusjoner. Det er derfor nyttig å kjenne til hva stomi er og hva det innebærer for pasienten, samt hvilke tiltak man kan iverksette som sykepleier i tillegg til stomistellet.

### 1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleiere, både pre- og postoperativt, bidra til god livskvalitet for pasienter som stomiopereres?”

### 1.3 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense oppgaven til pasienter med inflammatorisk tarmsykdom som blir operert for stomi i en elektiv operasjon. Vi tar utgangspunkt i at pasienten er inneliggende på

sykehus i fire døgn, da dette er normert liggetid for pasienter som får utført denne typen operasjon. Vi fokuserer på voksne personer som får permanent stomi. Våre egne erfaringer med stomipasienter er også blant den voksne aldergruppen, noe vi derfor kan dra nytte av i oppgaven. Vi skriver kort og konkret om sykdommene innledningsvis i teoridelen, men dette vil ikke prege oppgaven i særlig stor grad videre. Vårt fokus ligger rundt pasienten og interaksjonen mellom pasient og sykepleier. Vi vet at pårørende er en viktig del av pasientens liv og sykdomsbilde, men vi ønsker ikke å gå nærmere inn på pårørendes rolle i oppgaven.

Vi har valgt å bruke sykepleieteorien til Joyce Travelbee for å faglig styrke oppgaven vår. I teorikapittelet vil vi utdype teorien nærmere, begrunne valget av denne og forklare hva vi mener er relevant for vår oppgave.

Vi bruker konsekvent betegnelsen «han» i stedet for «pasienten» noen steder i oppgaven fordi «han/hun» eller både «han» og «hun» om hverandre blir uoversiktlig.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler med tilhørende underkapitler. Først kommer innledningen hvor vi presenterer bakgrunn for valgt av tema, problemstilling og avgrensning for oppgaven. I metodekapittelet beskriver vi hva metode er, hva slags metode vi har brukt, hvordan vi har funnet kilder og hvordan vi har kritisert dem, i tillegg til presentasjon av forskningsartikler. Teorikapittelet består av all faglig teori vi anser som relevant for oppgaven. I drøftingskapittelet diskuterer vi våre egne synspunkter og erfaringer opp mot teori og forskning. I det siste kapittelet, konklusjonen, skriver vi hva vi har kommet frem til gjennom litteraturstudien. Til slutt kommer litteraturliste og vedlegg.

## 2.0 Metode

Metode er et hjelpemiddel for å samle nødvendig informasjon. Det er en fremgangsmåte og et redskap for hvordan vi belyser et tema og tilegner oss data på en faglig og kunnskapsbasert måte (Dalland, 2013).

Vilhelm Aubert formulerte en definisjon på metode: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener på dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Referert i Dalland, 2013).

Vi har anvendt både kvalitativ og kvantitativ metode i vår oppgave. Disse metodene redskaper for å finne informasjon eller data som trengs til en undersøkelse. Kvalitativ metode gir oss data det ikke går an å tallfeste eller måle, metoden skaffer informasjon som meninger og opplevelser av en bestemt situasjon. Den kvantitative metoden gir informasjon som er mulig å tallfeste (Dalland, 2012).

### 2.1 Litteratursøk

I oppgaven vår har vi brukt relevant pensumlitteratur fra våre tre år på sykepleierutdanningen, i tillegg til selvvalgt litteratur, forskningsartikler og egne erfaringer. Vi har også vært på en gastrokirurgisk avdeling og snakket med stomisykepleiere. Vi fikk høre deres erfaringer med pasientgruppen vi fokuserer på og sett ting fra et nytt perspektiv.

Vi har valgt å søke etter litteratur og forskning i databasene SveMed+, Cinahl, Bibsys Oria, PubMed og Sykepleien forskning. Databasene ble valgt på bakgrunn av at flere av de har blitt anbefalt fra Høgskolen og fordi vi har lyktes med å bruke de i tidligere oppgaver. Søkeord vi har brukt er: nursing/nurse, hospital, communication, ostomy/stoma, ostomist, ileostomy, colostomy, coping, quality of life, patient, experience, information, care. Vi brukte også de samme søkeordene på norsk. Vi ønsket å finne så nye artikler som mulig for å få den mest oppdaterte forskningen. Vi avgrenset derfor søkene våre til å være fra tidligst 2012. Vi krysset i tillegg av for fagfelleverdert forskning, som vil si at andre forskere innenfor samme felt har kritisk vurdert materialet før publisering.

Vi søkte først i SveMed+ hvor vi ikke fant noen relevante artikler, men vi fant en del MeSH-termer vi kunne bruke til videre søk. Artikkene vi endte opp med å bruke, fant vi i BIBSYS Oria og i sykepleien forskning. Som vedlegg ligger PICO-skjema og søkehistorikk.

## 2.2 Presentasjon av forskningsartikler

### 1) "The influence of time on the quality of life in patients with intestinal stoma" (Salles, Becker & Faria, 2013).

Introduksjon: Stomi påvirker ikke bare fysiologien i mage-tarm-kanalen, men også selvtillit og kroppsbilde. Dette fører til endringer i familieforhold, yrkesliv, sosialliv og følelsesliv.

Formål: Evaluere livskvaliteten hos stomipasienter.

Metode: En epidemiologisk studie av medlemmer i Valeparaibana Ostomy Association som har stomi. Deltakerne hadde ulike årsaker for hvorfor de hadde stomien og alderen deres var fra 23-81 år. Tretti mennesker ble delt inn i to like grupper i forhold til hvor lenge de hadde hatt stomi. Gruppe 1 inkluderte de som hadde hatt stomi i to år eller mindre, mens gruppe 2 inkluderte de som hadde hatt stomi i mer enn to år. Deltakerne mottok et skjema for å evaluere livskvalitet.

Resultat: Aksept over eget utseende ble observert hos 100% av deltakerne. Begge grupper rapporterte at daglige gjøremål ikke var påvirket av stomien. Sporadiske negative tanker rundt stomien generelt opptrådte hos 40 - 60%. 60% av deltakerne var fornøyde med seksuallivet sitt, men i gruppe 1 var 20% misfornøyde og 20% svært misfornøyde. I gruppe 2 var 40% misfornøyde. I artikkelen står det at følelser i forhold til seksuallivet kan påvirkes av selvbildet og eventuelle nevrologiske skader som påvirker seksualfunksjonen. Seksualitet er også er tema helsepersonell ikke alltid er flinke nok til å ta opp, til tross for at det er noe av det viktigste for livskvaliteten. Seksualitet var det temaet som fikk lavest score på hele undersøkelsen. Et viktig funn var at de som ikke følte støtte fra familie og partner hadde lavere livskvalitet enn andre.

Konklusjon: Pasienter som har hatt stomi i mer enn to år har bedre livskvalitet enn de som har hatt stomi i kortere tid. Sosial støtte, i tillegg til et godt forhold til egen seksualitet er nødvendig for høyest mulig livskvalitet.



## **2) "Psychological Well-Being and Quality of Life in Crohn's Disease Patients With an Ostomy" (Knowles, Wilson, Wilkinson, Connell, Salzberg, Castle, Desmond, Kamm, 2013).**

Introduksjon: Pasienter med Crohns sykdom er assosiert med høy forekomst av psykiske plager og lavere helserelatert livskvalitet enn andre. Risikoen for psykiske plager er opptil 50% høyere hos pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer, inkludert Crohns, enn hos pasienter med andre typer kronisk sykdom. Opptil 10% av de med Crohns vil få stomi i løpet av livet. Det å få stomi er en stor omveltning og vil påvirke psyken til de det gjelder.

Formål: Undersøke sammenhengen mellom elektive og akutte stomioperasjoner, type stomi (permanent eller midlertidig), sykdomsforståelse og mestringsevne, angst, depresjon og helserelatert livskvalitet hos pasienter med Crohns sykdom. I tillegg ønsket man å fastslå hvor mange som fikk eller hadde fått psykiatrisk hjelp, og forbruket av antipsykotika.

Metode: Artikkelen bygger på en tversnittstudie hvor 31 personer med Crohns sykdom og stomi var med i undersøkelsen. Deltakerne ble kontaktet og fikk deretter et informasjonsbrev og et spørreskjema i posten. I tillegg ble det innhentet informasjon om pasientene fra sykehusets journaler. Spørreskjemaet inneholdt tre hjelpeverktøy: "Brief Illness Perceptions Questionnaire", "Hospital Anxiety and Depression Scale" og "Stoma Quality of Life Scale".

Resultat: Dårlig sykdomsforståelse hadde stor sammenheng med økt angst, depresjon og helserelatert livskvalitet (spesielt seksualitet og kroppsbilde, arbeids- og sosial funksjon, stomifunksjon og bekymring over økonomi). 48% scoret høyere enn grensen som indikerer angst og 42% scoret høyere enn grensen som indikerer depresjon ved bruk av "Hospital Anxiety and Depression Scale". Av disse var det kun 20% og 31% som mottok psykiatrisk hjelp. Hvorvidt operasjonen var elektiv eller akutt, eller om stomien var permanent eller midlertidig så ikke ut til å virke inn på verken angst, depresjon eller helserelatert livskvalitet.

Konklusjon: Personene i studien hadde høy score på psykiske plager og lav score på livskvalitet. De fleste mottok ikke psykiatrisk hjelp. Kommunikasjon om mulige psykiske påkjenninger i sammenheng med praktiske forhold rundt stomien og tilvenning, burde både pre- og postoperativt tas opp med pasienten. Videre burde temaet forskes videre på.

### **3) "Exploration of Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies and Psychological Morbidity in Stoma Patients" (Knowles, Tribbick, Connell, Castle, Salzberg & Kamm, 2014).**

Introduksjon: Ved bruk av «Common Sense Model» (CSM) for sykdomsforståelse ble det undersøkt hvor stor innvirkning sykdomsforståelse, mestringsevne og mestringsstrategier hadde på angst- og depresjonsproblematikk hos pasienter med stomi. CSM viste at konsekvenser av sykdom, slik som psykisk stress, er påvirket av individets egen sykdomsforståelse og egne mestringsstrategier.

Formål: Undersøke helse, sykdomsforståelse, mestringsstrategier og psykiske plager hos stomipasienter.

Metode: 150 voksne med stomi fylte ut et nettbasert spørreskjema. Inflammatoriske tarmsykdommer var de mest dominerende sykdommene blant deltakerne. Flere målbare verktøy ble brukt i undersøkelsen, inkludert: «Health Perception Questionnaire», «Brief Illness Perception Questionnaire», «Carver Brief Coping Questionnaire», «Stoma Self-Efficacy Scale» og «Hospital Anxiety and Depression Scale». Deltakerne ble informert om studiet via nettbaserte forum som inneholdt link til undersøkelsen.

Resultat: Studien kommer frem til at man har bedre helse, mindre opplevelse av dårlig helse, mindre fokus på mestringsstrategier og reduserte symptomer på angst og depresjon dess lengre det er siden operasjonen. Tiden siden operasjon hadde positiv påvirkning på mestringsevne og indikerer at mestringsevnen stiger med tiden siden operasjon.

Konklusjon: Dårlig helse henger sammen med negative tolkninger av sykdommen. Dette kan videre føre til symptomer på angst og depresjon. Mestringsstrategiene blir direkte påvirket av sykdomsvurderingen, noe som også påvirker symptomer på angst og depresjon. For å forebygge psykiske plager hos pasienter, eller hjelpe pasienter som allerede opplever plager, vil det muligens være mer effektivt å prøve å gjøre sykdomsvurderingen til pasienten mer reell og hensiktsmessig, enn å prøve å endre individuelle mestringsstrategier.

**4) "Perception of sexual activities and the care process in ostomized women" (Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes, 2013).**

Introduksjon: Det å få stomi kan påvirke sosiale og psykiske forhold på en negativ måte. Det kan påvirke relasjoner til familie og venner, arbeid og seksualliv.

Formål: Å undersøke hvor mye seksuallivet påvirker livskvaliteten for stomiopererte kvinner.

Metode: Artikkelen bygger på en epidemiologisk tverrsnittsundersøkelse av 40 kvinnelige stomipasienter som var over 20 år. Deltakerne fylte ut et spørreskjema og deltok på ett individuelt intervju.

Resultat: Som stomioperert mister man kontroll over en kroppsfunksjon. Dette kan føre til at man isolerer seg og får dårligere kropps- og selvbilde, som igjen kan påvirke relasjoner med andre. Stomiopererte kvinner tenker også mye på om hvorvidt de skal være åpne om at de har en stomi eller ei. De fleste går kun delvis, eller ikke i det hele tatt, tilbake i arbeid. Mange unngår også fritidsaktiviteter på grunn av usikkerhet knyttet til stell av stomiposen. Seksuell aktivitet viste seg å være mer utfordrende enn tidligere på grunn av frykt for lekkasje og lukt, samt hva eventuelle partnere måtte mene om stomien. Å prate åpent med eventuelle partnere er noe av det viktigste man kan gjøre for å overkomme redslene. Helsepersonell må også bistå med informasjon og veiledning i forhold til seksualitet for å gjøre overgangen for pasienten så enkel som mulig.

Konklusjon: Stomiopererte kvinner opplever endret kropps- og selvbilde, som påvirker seksuallivet og derfor også livskvaliteten. Helsepersonell kan bidra til økt livskvalitet gjennom undervisning og veiledning av pasienten i forhold til seksualitet og stomistell.

**5) "Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?" (Gabrielsen & Lundetræ, 2014).**

**Introduksjon:** I hvilken grad voksne forstår skriftlig helseinformasjon kan påvirke hvordan man ivaretar egen helse. Råd om sykdom, forebygging og behandling gis i økende grad skriftlig.

**Formål:** Undersøke sammenhengen mellom leseferdigheter på helseområdet og vurdering av egen helse.

**Metode:** En kvantitativ studie med intervju og kartlegging av leseferdighetene til et representativ utvalg nordmenn mellom 16 og 65 år.

**Resultat:** Eldre, innvandrere, arbeidsledige og de med lav utdanning hadde de svakeste leseferdighetene. De 15% som vurderte helsen sin som svak hadde dårligere leseferdigheter enn de som vurderte helsen sin som god.

**Konklusjon:** Mangelfulle leseferdigheter kan gi dårligere forutsetninger for å ivareta egen helse og gjøre det vanskeligere å orientere seg i helsesystemet. Det er viktig at skriftlig informasjon tilpasses svake lesere og at helsepersonell gir informasjon også muntlig, og sørger for at pasienten har forstått det som har blitt sagt.

## 2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2013) betyr kildekritikk å vurdere og karakterisere litteraturen som er brukt, for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Artikkene vi har brukt er av nyere dato, noe som vi mener er med på å styrke vår oppgave. Da vi fant artikler som var interessante, så vi om artikkene hadde imrad – struktur, for å fastslå om det var en forskningsartikkel. Vi har benyttet oss av artikler på engelsk og vår oversettelse av disse kan gi noe annerledes fortolkning enn forhold til originalmaterialet.

Vi har brukt Marit Kirkevolds bok om sykepleieteoretikere (1998) som kilde for sykepleieteoriene til Joyce Travelbee, selv om dette er en sekundærkilde. For å forsikre oss om at innholdet samstemte med originalmaterialet har vi også lest Joyce Travelbees "Interpersonal Aspects of Nursing" (1971). Vi velger å bruke Kirkevold som kildehenvisning fordi stoffet i boken hennes er mer komprimert enn originalmaterialet, det er skrevet på en måte som er enkel å forstå og det aller meste er relevant for oppgaven vår.

## **3.0 Teori**

### **3.1 Inflammatorisk tarmsykdom**

Inflammatorisk tarmsykdom er en samlebetegnelse for blant annet ulcerøs kolitt og Chrons sykdom.

#### **3.1.1 Chrons sykdom**

Chrons sykdom er en kronisk inflammatorisk sykdom som gir en betennelse, arrdannelse og fibrose i tarmen. Sykdommen kan ramme alle deler av mage-tarmkanalen og betennelsen angriper alle lag i tarmveggen. Ca. 5 av 100 000 personer i Norge får sykdommen hvert år og den oppstår som regel i 20 – 40 årsalder. En tredjedel får sykdommen i bare tykktarmen, en tredjedel i bare tynntarmen og en tredjedel i både tynn- og tykktarmen. Pasientene får ofte magesmerter, diaré, kvalme, brekninger, luftplager, anemi og vekttap. Psykososiale konsekvenser blir ofte begrenset av sosial omgang og maktløshet over at livet blir styrt av hyppige toalettbesøk, smerter og kvalme (Stubberud & Nilsen, 2013).

#### **3.1.2 Ulcerøs kolitt**

Ulcerøs kolitt er en annen kronisk inflammasjonssykdom som begrenser seg til slimhinneskade i tynntarmen. Sykdommen forekommer i alle aldersgrupper, men er oftest å finne i aldersgruppen 15 – 40 år. Ca. 14 av 100 000 personer får sykdommen hvert år. Sykdommen varierer fra lett til alvorlig grad. Hovedsymptomene er blodig og slimete diaré. Det kan variere fra lett diaré til blodige tømminger mer enn ti ganger i døgnet. Takykardi, anemi og feber opptrer ved alvorlig grad av sykdommen. Pasienten kan oppleve leddsmerter eller påvirkning av gallegangen. Som ved Chrons sykdom vil livskvaliteten bli påvirket av hyppige dobesøk og tilbaketrekning av sosiale sammenkomster. Det kan også bli nødvendig å få utlagt tarm som stomi i ung alder (Stubberud & Nilsen, 2013)

### **3.2 Utlagt tarm – stomi**

#### **3.2.1 Kolostomi**

Kolostomi er en stomi i tykktarmen. Plasseringen kommer an på årsaken til inngrepet. Det er

som regel sigmoideum som legges ut som stomi, men transversum kan også legges ut og kalles da transversostomi. Stomien sitter oftest på venstre side (Nilsen, 2013).

Den syke delen av tarmen fjernes. Kolostomi har en liten innvirkning på næringsbalansen, fordi næringsstoffer suges opp i tynntarmen. Den gjenværende delen av tykktarmen suger opp vann og salt og fungerer som før. Avføringen vil være fast formet og det er liten risiko for at tarminnholdet kommer på huden rundt stomien. Den konstrueres derfor som en kort stomi, like over overflaten på huden. Når tarmfunksjonen har stabilisert seg etter operasjon, vil pasienten som regel ha 2 – 4 tømminger hver dag (Nilsen, 2013).

### **3.2.2 Permanent ileostomi**

Når tynntarmen legges ut kalles det ileostomi. Det er som oftest nederste del av ileum som legges ut og tykktarmen blir i disse tilfellene fjernet. Næringsopptaket blir lite påvirket, men væske- og elektrolyttbalansen blir redusert fordi tykktarmen, som har en viktig funksjon for væskeopptaket, ikke er i bruk. Avføringen blir tyntflytende og inneholder fordøyelsesenzymmer som er hudirriterende. Tarmen tømmes kontinuerlig og øker i forbindelse med matinntak. Tarmen tømmes noe mer i den tidlige postoperative fasen. Tarmtappen til en ileostomi konstrueres lenger enn ved en kolostomi fordi konsistensen på tarminnholdet gir større fare for lekkasje på hud. Stomien plasseres som regel på nedre høyre side av magen (Nilsen, 2013).

### **3.2.3 Stomimarkering og stomistell**

#### **Stomimarkering**

Før operasjon må man markere magen hvor stomien skal sitte. Sykepleier kan utføre denne oppgaven, men det krever kunnskap og erfaring. Det er viktig at plasseringen blir mest mulig hensiktsmessig for tiden etterpå. Pasienten bør observeres i liggende, sittende og stående stilling for å se hvor hudfolder og press fra klesplagg er. Pasienten vil være medvirkende til hvor stomien skal sitte og får ytre sine ønsker og behov. Stomien bør ikke plasseres midt i en fold eller der hvor bukselinningen trykker fordi det da blir vanskeligere å feste stomiplaten, i tillegg til at det gir økt fare for lekkasje. Det er viktig at den plasseres på et jevnt hudområdet og ikke nær navlen, symfysen, lysken, ribbeinsbuen, hoftekammen. Markeringen bør helst foregå dagen før operasjon slik at pasienten kan føle seg fram på hvordan det er å ha en pose på magen og eventuelt gjøre endringer til operasjonsdagen (Nilsen, 2013).

## **Stomistell**

Etter operasjon er stomien rød og hoven. Sykepleieren bør informere pasienten om at hevelsen vil gå ned og at stomien vil se mindre ut etter hvert. Det er normalt med små blødninger under stomistell, noe som er helt ufarlig. Ved stell bruker man en stomiplate som enten sitter sammen med en stomipose eller en stomiplate man kan festes til en frittstående pose. Platen må klippes til slik at den passer stomiåpningen. Den skal passe akkurat til stomiåpningen ved ileostomi fordi avføringen er tyntflytende, og ca. 1 mm utenfor åpningen ved kolostomi fordi avføringen her er tykkere. Det er viktig at avføring ikke blir liggende mot huden fordi det kan gjøre huden rød og sår. Stomiplaten, avføring og limrester fjernes ved hjelp av kompresser og vann. Stomiplaten varmes ved å legge den inntil huden til pasienten og festes på igjen når huden rundt stomien er tørr. Målet er at pasienten skal klare å stelle stomien selv. Det vil også gi pasienten økt trygghet og følelse av kontroll dersom han mestrer dette. Informasjon om ulike typer utstyr bør gis gradvis slik at det ikke blir for overveldende (Nilsen, 2013).

## **3.3 Kommunikasjon**

Eide & Eide definerer kommunikasjon som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2010). Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler tanker og følelser til andre mennesker (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2012). Vi kommuniserer gjennom verbal- og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon består av det muntlige språket, og nonverbal kommunikasjon er blant annet mimikk, blikkontakt og berøring. God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å sikre at tiltakene sykepleieren igangsetter, samsvarer med pasientens behov (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2012).

### **3.3.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient**

Eide & Eide (2010) hevder at det er gjennom kommunikasjon vi skaper en relasjon til pasientene, og kvaliteten på relasjonen har stor betydning for pasientens opplevelse av omsorg, støtte og hjelp gjennom sykdomsperioden.

Videre hevner de at hjelpende kommunikasjon kan brukes som verktøy i samhandling med pasienter. Dette verktøyet består av ferdigheter som aktiv lytting, samtale og rådgivning. I aktiv lytting brukes både verbal og non-verbal kommunikasjon. Eide & Eide (2010) skriver at det å kunne lytte til det pasienten forteller er grunnleggende for å kunne forstå hva pasienten ønsker eller forsøker å formidle. Non-verbal kommunikasjon ved lytting kan for eksempel være å ha blikkontakt med pasienten og nikke bekreftende for å vise interesse. Å vise interesse kan skape en god relasjon til pasienten med gjensidig tillit og respekt (Eide & Eide, 2010).

I profesjonell kommunikasjon har sykepleieren rollen som hjelper, og denne rollen innebærer å være hjelpende for pasienter ved å bruke faglig kompetanse og posisjon. Sykepleiere har ulike arbeidsområder, metoder og pasientgrupper, men kommunikasjonen handler alltid om å fremme helse, forebygge sykdom og hindre lidelse (Eide & Eide, 2010).

Eide & Eide (2010) mener informasjon og veiledning er den viktigste kommunikative oppgaven en sykepleier har. Pasienter har som oftest ønsker om å tilegne seg kunnskap om egen sykdom, behandling og prognose. Sykepleierens oppgave er å veilede pasienten og gi informasjon som utgjør at pasienten er i stand til å mestre sin situasjon på best mulig måte. For å få en god forståelse for hva pasientens behov er, er det viktig å kartlegge hvordan pasienten opplever sin situasjon og hva slags kunnskaper pasienten har om egen sykdom og behandling (Eide & Eide, 2010).

### **3.3.2 Pre-operativ samtale**

Slik vi erfarte i praksis på gastrokirurgisk avdeling, skal en preoperativ samtale mellom sykepleier og pasient utføres før en elektiv stomioperasjon. I DIPS står det, nedfelt i en veiledende behandlingsplan (vedlegg nr 3.), hvordan samtalen kan struktureres. Pårørende kan delta på samtalen dersom pasienten ønsker dette. Informasjonen som gis av sykepleier må tilpasses pasientens alder, kjønn, kultur, ressurser og erfaringer. Sykepleier skal kartlegge pasientens egenomsorgsbehov og gi informasjon om hva som venter i forhold til operasjonen. Det skal gis informasjon om hva en stomi er, hvordan den ser ut og hvordan den vil se ut rett etter operasjonen. Stomien vil da være hoven og større enn den blir etter hvert og rødere/hissigere enn den vil være senere. Sykepleieren viser bilder av stomier, stomiutstyr, hvor den plasseres og ulike stomiplater m.m. Pasienten må bli forklart at det skal stomimarkeres før operasjon og bli fortalt hva hensikten med dette er. Det er viktig at



pasienten får vite hva som venter han for at han skal kunne takle situasjonen så godt som mulig. I tillegg til å gi praktisk og faglig informasjon må det gis rom for at pasienten kan stille spørsmål og ta opp ting han undrer på. Det vil også være lurt å spørre om hva pasienten selv tenker om situasjonen og hva han frykter eller gleder seg til. På den måten blir man som sykepleier forberedt på samtalene og oppfølgingen som kommer i den postoperative fasen.

## 3.4 Sykepleieteori

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori i vår oppgave fordi hun fokuserer på mennesket som unikt individ, på kommunikasjon og på relasjoner mellom mennesker. Hun skriver også mye om sykepleierens rolle i helsefremming og lindring av lidelse. For å besvare problemstillingen vår kan vi dra stor nytte av Travelbees teori fordi menneske-til-menneske-forholdet, kommunikasjon og sykepleierens syn på pasienten i stor grad påvirker evnen til å bedre livskvaliteten for pasienten.

### 3.4.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige aspekter er bygd på eksistensialistisk filosofi. Hun tar utgangspunkt i at mennesket er et unikt individ, likt andre på mange måter, men også ulikt og forskjellig fra alt annet. Erfaringen man gjør er kun ens egne, selv om man kan oppleve de samme tingene som andre. Travelbees viktigste begreper er individet, kommunikasjon, menneske-til-menneske-forhold, lidelse og mening. Hun mener man ikke må generalisere pasientgrupper fordi alle individer vil oppleve samme situasjon forskjellig. Derfor ønsker hun heller ikke at begrepene "pasient" og "sykepleier" brukes, da disse er med på å generalisere alle sykepleiere og alle pasienter (Kirkevold, 1998).

Travelbee mener en person trenger sykepleie når han opplever et problem eller en krisesituasjon, og ikke er i stand til å mestre sykdom og lidelse, eller finne mening i disse situasjonene. Målet for sykepleieren er å forebygge sykdom og fremme helse, samtidig som man hjelper pasienten til å mestre sin sykdomssituasjon. Travelbee beskriver to metoder for sykepleie: terapeutisk tilnærming og intellektuell tilnærming. Terapeutisk tilnærming vil si å bruke kommunikasjon og interaksjon for å opprettholde et menneske-til-menneske-forhold. Intellektuell tilnærming brukes, ved hjelp av faglig kunnskap, for å identifisere sykepleiebehov og planlegge aktuelle tiltak for løsning. Travelbee beskriver en mulig sykepleieprosess slik: "1) å være observant og å finne ut om en person har sykepleiebehov,

2) å bekrefte/avkrefte sine antakelser om behov med pasienten selv, 3) å bestemme om hun kan oppfylle behovene (og eventuelt henvise til andre helsearbeidere dersom dette er nødvendig) og 4) å legge planer for hvordan sykepleiebehovene skal ivaretas (valg av metode, tidspunkt, finne alternative metoder og evaluere om behovene er oppfylt)." Metoden må ikke konsekvent følges, men det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om hvordan sykepleiebehov kartlegges og hvilke tiltak som er nødvendige for å dekke pasientens behov (Kirkevold, 1998)

Menneske-til-menneske-forholdet er et gjensidig forhold mellom to konkrete personer. Forholdet etableres gjennom flere interaksjonsfaser og Travelbee mener at kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleieren kan bruke i forsøket på å etablere dette. Fasene er: 1) det innledende møtet, 2) fremvekst av identiteter, 3) empati, 4) sympati og 5) gjensidig forståelse og kontakt. Det første møtet mellom to personer er preget av forventninger og førsteinntrykk. Sykepleierens oppgave blir å være bevisst på hvilke iboende forventninger og holdninger man sitter med til pasienten, og evne og se pasienten som et unikt individ. Etter hvert vil det dannes en relasjon mellom sykepleier og pasient hvor man klarer å se forbi hverandres roller. Empati er evnen til å forstå og sette seg inn i en annens psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk. Man forstår meningen bak og relevansen til det andre menneskets tanker og følelser. Empati gjør at man kan klare å forutse den andres handlinger.

Travelbee hevner at man må dele like erfaringer for å føle empati, samtidig som man må ha en genuin interesse av å forstå den andre personen. Fordi empati er avhengig av samme erfaringsbakgrunn kan man ikke alltid forvente at enhver sykepleier vil føle empati for alle pasienter. Sympati er et steg videre fra empati. Det betyr at man opplever nærhet til den andre, føler bekymring og ønsker å hjelpe den andres lidelse. Når sykepleieren er delaktig i pasientens lidelse gjennom omsorg, pleier og interaksjon, slipper pasienten å bære byrden ved lidelse alene. I den siste fasen deler man tanker og følelser seg imellom. Forholdet er bygd opp gjennom de andre fasene og spesielt ved at sykepleieren har vært med på å lindre lidelse hos pasienten. Erfaringene sykepleier og pasient har gjort seg sammen er betydningsfulle for begge (Kirkevold, 1998).

Lidelse er en del av det å være menneske, en erfaring alle før eller siden vil gjøre seg. Lidelse kan knyttes til sykdom, tap og eget selvbilde og oppstår når man mister eller står i fare for å miste noe man bryr seg om. Travelbee mener det er viktigere for sykepleieren å fokusere på pasientens opplevelse av lidelsen, fremfor lidelsen i seg selv. Hun nevner to

typer reaksjoner mennesket får når man støter på lidelse. De fleste reagerer med spørsmål om hvordan dette kunne skje dem. Det fører ofte til benektelse av situasjonen, vanskeligheter med å bearbeide følelser og nedstemthet, samtidig som pasienten ser på situasjonen som meningsløs og urettferdig. Den andre reaksjonen er sjeldnere og er der hvor pasienten raskt aksepterer lidelsen han møter, noe som vitner om større mestringssevne enn andre og et syn på lidelse som en naturlig del av livet (Kirkevold, 1998).

Travelbee mener at det å finne mening i livet er nødvendig for at livet skal oppleves betydningsfullt. Spesielt i sykdomssituasjoner dukker behovet for å finne mening opp, og det knyttes til det å føle seg nødvendig for noe eller noen. Ved å hjelpe pasienten til å se at sykdomssituasjonen han befinner seg i kan være meningsfull kan man bidra til selvutvikling for pasienten (Kirkevold, 1998).

## 3.5 Mestring

Mestringsbegrepet er vidt og det er vanskelig og sette en konkret definisjon på hva ordet mestring betyr. I Eide & Eide (2010) står det at mestringsbegrepet kan brukes om mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser. Slike hendelser kan for eksempel være sykdom, skade, dødsfall og tap. Mestring tar sikte på å hindre negative følger av ulike påkjenninger. Det handler om å beherske, tolerere og redusere belastningene man er utsatt for (Eide & Eide, 2010)

### 3.5.1 Mestringsstrategier

Mennesker reagerer forskjellig på de utfordringene man støter på i livet. Opplevelse av sykdom vil påvirkes av tidligere erfaringer og kunnskap, samt hvem man er som person (Eide & Eide, 2010).

God mestring innebærer at man velger riktig mestringsstrategi ut i fra hvilken situasjon man befinner seg i. Mestring henger sammen med ens egen vurdering av situasjonen og de følelsesmessige reaksjonene som følger. De vurderingene pasienten gjør når han for eksempel får en stomi vil påvirke de følelsesmessige reaksjonene. En pasient som vurderer at stomien vil forbedre livet og gjøre det meste lettere, vil takle situasjonen annerledes enn en pasient som vurderer stomien som et hinder og noe man aldri kan bli fortrolig med (Eide & Eide, 2010).

Det skilles mellom problemfokuset mestring og følelsesfokuset mestring. Ved problemfokuset mestring ønsker man å endre konkrete ytre forhold som forårsaker stress (Eide & Eide, 2010). Det innebærer aktive og direkte strategier for å hankses med en situasjon. Pasienten oppsøker ulike tilbud og søker informasjon på egen hånd. Pasienten selv tror på at han kan mestre og håndtere situasjonen, noe som er helt sentralt for at en problemfokuset mestringsstrategi skal fungere. Den problemorienterte fremgangsmåten innebærer også bearbeiding av følelsesreaksjoner knyttet til endringer som ikke kan forandres, for eksempler det å få en stomi. Flere faktorer virker, som nevnt, inn på valg av strategi. Dersom man føler seg usikker og hjelpeløs er det lite sannsynlig at man velger den aktive fremgangsmåten. Valget er også individavhengig. Noen er vandt til å håndtere ulike hendelser på en direkte måte og har behov for å ha kontroll, andre vil kanskje heller være komfortable med å unngå virkeligheten og overlate ansvaret til andre. De som velger problemrettede mestringsstrategier har sannsynligvis lykkes med denne fremgangsmåten ved tidligere anledninger og har innarbeidet seg et mønster for å takle vanskelig situasjoner (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

Følelsesfokuset mestring innebærer kognitive mestringsforsøk, som også innebærer forsvar, og tar sikte på å endre oppmerksomheten og opplevelsen av mening (Eide & Eide, 2010). Strategien fokuserer på å endre opplevelsen av situasjonen, fremfor å endre situasjonen i seg selv. Denne typen mestring er nødvendig i situasjoner som ikke kan endres og kan oppfattes som forsøk på å unngå problemene. Ubevisste forsvarsmekanismer som fortrenghninger og isolering av følelser kan også ses på som følelsesfokuset mestring. Denne måten å konfrontere vanskelige situasjoner på kan være hensiktsmessig der man møter på sykdom eller skade som resulterer i så store følelsesmessige reaksjoner at det er for vanskelig å bære uten å "flykte". Ved funksjonstap eller kronisk sykdom vil det oftest være hensiktsmessig å etterhvert bruke en problemrettet strategi for å direkte møte problemene. På den måten vil man klare å tilpasse seg sin nye livssituasjon og bearbeide utfordringene (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

Folkmann og Lazarus har laget en firetrinns mestringsmodell (Eide & Eide, 2010) som beskriver mestringsprosessen. Første trinn er den kriseutløsende situasjonen, som kan være at man blir stomioperert. Andre trinn er de umiddelbare reaksjonene på situasjon, for eksempel lettelse eller tapsfølelse. Tredje trinn er de mestringsstrategiene som trer i kraft, som kan være at man unngår situasjonen og følelsene som oppstår eller at man tar kontroll

og ansvar for å bli fortrolig med kroppsendringen. Fjerde og siste trinn er en revurdering av situasjonen på bakgrunn av mestringsforsøkene og handler om hvordan man nå ser på sykdommen og fremtiden.

Ut i fra denne mestringsmodellen kan det trekkes ut tre typer mestringsstrategier. Den ene er problemrettede strategier og den andre er følelsesrettede strategier, som vi allerede har nevnt. Den tredje er vurderingsrettede strategier, som tar sikte på å endre forståelsen av situasjonen slik at perspektivet og vurderingen blir mer adekvat, noe som kan gi større sjanse for aksept og konstruktiv handling (Eide & Eide, 2010).

### **3.5.2 Sykepleierens rolle i mestringsprosessen**

For at sykepleieren skal kunne bidra til at pasienten mestrer situasjonen sin, må faktorer som påvirker hans vurdering kartlegges. Pasienten vil ofte kunne sitte med mangelfull informasjon og kunnskap, som påvirker evnen til å vurdere situasjonen på riktig måte. Det blir da sykepleierens oppgave og orientere pasienten om de reelle forhold, slik at han kan gjøre vurderinger i overenskomst med virkeligheten. Det blir viktig og finne ut hva pasienten verdsetter mest i livet sitt, og sammen komme frem til hvilke begrensninger situasjonen fører med seg. Det er også viktig og informere om at endringen ikke trenger å begrense livsutfoldelsen i det hele tatt. Pasienten kan veksle mellom vilje til å mestre og det å føle på tapet over en funksjonsendring. Sykepleieren må kunne være til stedet for eventuell uttrykkelse av både fortvilelse og frustrasjon. For at pasienten skal kunne oppleve kontroll over situasjonen må man påse at han får informasjon, får brukt sine egne ressurser og får være med på de beslutningene som tas (Eide & Eide, 2010).

Bearbeidelse av situasjonen består altså av både følelser, vurderinger og handlinger. Sykepleieren må aktivt lytte til pasienten og stille spørsmål om vurderinger og tanker pasienten har. Det er altså vurderingene som er hovedfokus fordi det er disse som påvirker følelsesreaksjonene. Sykepleieren skal vise forståelse for pasientens følelser, men må gjennom samtale prøve å justere vurderingene i tråd med hva som faktisk er realiteten av situasjonen. Dersom dette lykkes har pasienten større sjanse for å velge passende mestringsstrategi (Eide & Eide, 2010).

### 3.5.3 Krise- og mestringsteori

Ved alvorlige livshendelser og store endringer i livet kan det være vanskelig å finne mening og sammenheng i det som skjer. Pasienten går inn i en krise. Det skilles mellom livskrise og traumatisk krise. Livskriser er påkjenninger som kommer av naturlig utvikling. For eksempel fødsel, inngåelse av ekteskap og overgang fra ungdom til voksen. Traumatiske kriser derimot er påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp. For eksempel i forbindelse med sykdom eller ulykke. Det å bli operert og få stomi går under kategorien traumatisk krise. Det skjer en kroppslig endring som vil merke pasienten over lengre tid. Noen takler disse endringene godt og har lite eller ingen problemer med å fortsette livet slik det var før operasjonen. Andre sliter mer (Eide & Eide, 2010).

I begynnelsen etter en krisesituasjon er det vanskelig å benekte det som har hendt, samtidig som man stenger inne tanker og følelser. Videre vil følelsene slippe mer og mer til, både med og uten kontroll av pasienten. Etterhvert vil man klare å begynne å bearbeide hendelsen og erkjenne hva som oppleves vanskelig. Bearbeidelsesprosessen pågår til likevekt i livet er gjenopprettet (Eide & Eide, 2010).

### 3.5.4 Mestring ved sorg og tap

Tap utsetter mennesket for belastning og kan føre til en krisereaksjon. Dette kan for eksempel være ved tap av fysiske funksjoner i forbindelse med en stomioperasjon. Krisereaksjoner er ofte sterkest når hendelsen kommer brått på. Normalreaksjon på tap er sorg. Det er en følelse det er vanskelig og slippe inn på seg og den kan medføre problemer med å se mening i tilværelsen. (Eide & Eide, 2010).

Sykepleieren står ovenfor flere kommunikative utfordringer: hendelsens fysiske konsekvenser, behandling og bivirkning, følelser og psykologiske reaksjoner og pasientens spørsmål og behov. Det er viktig å gi utfyllende informasjon om hendelsen, behandlingen og følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå. For å kunne samarbeide best mulig med pasienten er det viktig å bygge en god og trygg relasjon. Gode samarbeidsområder kan for eksempel være rundt ulike dagligdagse gjøremål. Pasienten skal stå i sentrum og selv utføre arbeidet som fører til mestring. Mestringsprosessen foregår i en rett oppadstigende linje, men kan variere mellom det å skyve unna og slippe til, det å åpne seg og lukke seg, og mellom forståelse og forvirring (Eide & Eide, 2010).

### 3.6 Selvbilde

Selvbilde er et ord som beskriver hvordan et menneske oppfatter seg selv, en følelse av verdi som utvikler seg over tid basert på erfaringer (Håkonsen, 2014). Identitet er en del av selvbildet. Det å finne identiteten sin danner grunnlaget for egen selvoppfatning. Man former en identitet man kan akseptere og leve opp til, for deretter å etablere en livsførsel i tråd med denne identiteten. (Identitet, 2015). Grunnlaget for selvoppfatning legges i barndommen. Et barn som opplever å være verdsatt og respektert gjennom oppveksten, har dannet et godt grunnlag for å få et positivt selvbilde (Håkonsen, 2014).

Selvbilde kan oppleves både positivt og negativt, uavhengig av situasjonen mennesket er i. Oppfattelsen av oss selv kan både bli svekket og bedret gjennom ulike situasjoner i livet. Når en har et positivt selvbilde er det lettere å komme i kontakt med andre mennesker og føle seg mer verdsatt, samtidig som en har det bedre med seg selv (Håkonsen, 2014).

### 3.7 Seksualitet

Begrepet seksualitet brukes om både seksuelle handlinger, seksuell atferd og seksuell lyst. Seksuell lyst er en individuell opplevelse som ofte varierer i grad gjennom livet. Lyst er for mange høyt prioritert, og det er ikke uten grunn at det er et stort marked for lystøkende midler (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

Noen mener man kan leve et godt liv uten seksuell omgang, mens andre mener det er nødvendig for psykisk og fysisk helse. Et godt forhold til egen seksualitet og gode relasjoner til andre mennesker er et viktig fundament for et godt seksualliv og for god livskvalitet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

WHO definerer seksuell helse som: "...integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell varen på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet". Dette innebærer blant annet frihet fra psykologiske forhold som påvirker seksuell utfoldelse og -relasjon i negativ forstand, frihet fra sykdom og skade som påvirker de seksuelle funksjonene, og evne til å kunne glede seg over sin seksualitet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

### 3.7.1 Stomi, sykepleie og seksualitet

Når man blir syk dukker det opp mange behov som krever tilfredstillelse, og de seksuelle behovene kan havne i bakgrunnen. Ved langvarige sykdomssituasjoner og kroppsendringer, kan behovet for den intime nærheten som seksualitet gir, gradvis komme tilbake. Det kan være mange hinder på veien og selvbildet kan endres slik at en føler seg mindre attraktiv. Overskuddet til å gjøre seg så tiltrekkende som man gjerne vil, er kanskje heller ikke tilstede. Mange opplever frykt for å bli avvist og bli ensomme. Om man lever i et parforhold blir det en omstilling for begge parter. Dersom man er enslig, vil terskelen for å få bekreftelse og seksuell nærhet være betydelig høyere, og for de fleste vil det være et vanskelig steg og ta (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Selv om ikke alle har en fast partner eller et aktivt seksualliv, har alle en seksualitet. Pasientens utgangspunkt har stor betydning for tiden etter. Dersom pasienten tidligere har vært trygg på sin seksualitet har han bedre forutsetninger for å gjenoppta seksualliv og innlede parforhold, enn en som fra før har vært utrygg i forhold til seksualitet (Eide & Eide, 2010).

I tiden etter operasjon kan det være vanskelig å finne en passende anledning for å snakke om seksualitet, på grunn av all annen praktisk informasjon som skal gis. Det er viktig at pasienten får vite hvordan stomien kan virke inn på det seksuelle området. Å godta at kroppens utseende er forandret og å venne seg til å ha en pose på magen, er en kneik det kan trenge innsats for å komme over. Pasienter med stomi kan slite med at de føler seg urene og har frykt for lekkasje, og for at partneren skal trekke seg bort. Det får mange til å avskrive seksualitet helt. Partnere til stomipasienter kan også ha spørsmål og tanker, man må derfor oppmuntre og legge til rette for at partneren kan delta i den informasjonen som blir gitt. Hvis partneren i tillegg får se på stomien mens pasienten enda er innlagt i sykehus, kan det være lettere for pasienten å vise seg frem senere (Eide & Eide, 2010).

PLISSIT-modellen er en modell for sexologisk veiledning. Bokstavene i navnet står for tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi. Modellen er tenkt som en pyramide hvor de to nederste nivåene er informasjon og samtale om generelle og mellommenneskelige behov. Sykepleiere som jobber med stomipasienter burde ha kunnskap om disse to nivåene. På det ene nivået lar man pasienten få snakke om seksualitet uten at en selv bidrar med noe faglig. For pasienten er det ofte nok å få satt ord på vanskelige temaer. Sykepleieren bør gi begrenset informasjon om hva en stomioperasjon innebærer fysisk og psykisk, og om hvordan det kan påvirke seksuallivet. På det neste nivået snakker man



om mer spesifikke forslag i forhold til seksualliv. Her er det viktig å kjenne på sin egen styrke og begrensning som sykepleier slik at man eventuelt kan henvise videre til helsepersonell med mer erfaring og kunnskap på området (Nilsen, 2013)

### 3.8 Livskvalitet

Livskvalitet innebærer både fysisk og psykisk helse. Det handler om hvilke mening man finner i å stå opp av sengen om morgenen. Livskvalitet har også sammenheng med sosialt nettverk, økonomi, seksualitet, relasjoner, mening i livet, trygghet og mestring. Opplevd livskvalitet preger hvordan vi fungerer både i arbeidslivet og på personlig basis, i tillegg til å øke motstandskraften vår mot utfordringer og belastende hendelser som oppstår i livet (Folkehelseinstituttet, 2013).

Næss (2011) definerer livskvalitet som psykisk velvære og det å ha det godt. Livskvalitet er subjektivt og ikke objektivt. Det er enkeltmenneskets opplevelse av sitt liv som avgjør om personen har det godt eller ei. Livskvalitet er også knyttet til materialistiske ting som god økonomi eller egen bolig, men dette er midler som påvirker livskvaliteten og ikke en definisjon. Livskvalitet er mer enn å få dekket de grunnleggende behovene. Høy livskvalitet er i hovedsak nærvær av positive opplevelser og fravær av negative. Sosioøkonomiske, psykiske og fysiske forhold påvirker livskvaliteten. Eksempler på dette er velferd, inntekt, levekår, miljø, tilfredshet, selvrealisering, fysisk helse og levealder. Det er dog viktig å huske på at man kan ha høy livskvalitet selv om økonomien eller helsa er dårlig. Mennesker har forskjellige behov, og mens noen trenger god helse for å ha høy livskvalitet er det ikke sikker andre trenger det. Innenfor helsesektoren blir både pasienter og helsepersonell stadig mer opptatt av livskvalitet fremfor levealder. Som sykepleier har målet vårt skiftet fra å kun helbrede og forebygge sykdom, til å sørge for at livskvaliteten til pasienten er så høy som mulig. Det er også økt interesse for pasientens positive opplevelser, fremfor kun de negative (Næss, 2011).

### 3.9 Lovverk og retningslinjer

I dette kapittelet nevner vi de lovverk og de retningslinjer vi mener er relevante for vår oppgave.

### 3.9.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Norsk sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene beskriver sykepleiens grunnlag og sykepleierens forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Vi ønsker å bruke sykepleiens grunnlag og noen av retningslinjene for sykepleierens forhold til profesjonen, pasienten og medarbeidere.

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og skal være kunnskapsbasert”. Under punkt 1, sykepleieren og profesjonen, står det at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. I tillegg forventes det at sykepleieren setter seg inn i gjeldende lovverk som reguleres tjenesten og holder seg faglig oppdatert. Sykepleieren må kjenne grenser for egen kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

Under punkt 2, sykepleieren og pasienten, står det at sykepleieren skal ivareta pasientens integritet og verdighet, samt retten til medbestemmelse og helhetlig sykepleie. Sykepleieren skal fremme håp, mestring og livsmot hos pasienten. Pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser skal fremmes ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon som sykepleieren må sørge for at pasienten har forstått (NSF, 2011).

Under punkt 4, sykepleieren og medarbeidere, står det at sykepleierens skal vise respekt for kollegers arbeid, og være til støtte i vanskelige situasjoner. Sykepleieren skal også ta opp brudd på faglige, etiske og kollegiale normer, samt fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold (NSF, 2011).

### 3.9.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Lovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet, samt fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgsektoren, sosial trygghet og respekt for pasientens integritet og menneskeverd.

Kapittel 3 omhandler pasientens rett til medvirkning og informasjon. I § 3-1, *pasientens og brukerens rett til medvirkning*, står det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring

av helse- og omsorgstjenester og rett til å medvirke ved valg mellom ulike behandlingsmetoder. I § 3-2, *pasientens og brukers rett til informasjon*, står det at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». «Brukeren skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter». I § 3-5, *informasjonens form*, står det at informasjonen som gis skal tilpasses pasientenes ulike forutsetninger og skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### **3.9.3 Helsepersonelloven**

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp og har som formål å bidra til sikkerhet for pasienten og kvalitet på helse- og omsorgstjenester.

Kapittel 8 omhandler dokumentasjonsplikt. I § 39, *plikt til å føre journal*, står det at «Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient». I § 40, *krav til å føre journal*, står det at «Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen», videre står det at «Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell». I § 45, *utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger*, står det at helsepersonell som yter helsehjelp skal gis nødvendige og relevante opplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på en forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999).

## 4.0 Drøfting

I drøftingsdelen vil vi begynne med den preoperative fasen, som vi ser på som grunnlaget for resten av sykehusoppholdet. Videre drøfter vi hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til god livskvalitet gjennom kommunikasjon, mestring og veiledning i forhold til seksualitet, postoperativt.

Gjennomgående vil vi forsøke å svare på problemstillingen vår: ”Hvordan kan sykepleiere, både pre- og postoperativt, legge grunnlaget for god livskvalitet for pasienter som stomiopereres?”

### 4.1 Preoperativ fase

Den preoperative fasen er tiden før operasjon. Da vi var i praksis på kirurgisk avdeling fikk pasienten informasjon om operasjonen og hadde samtaler med ulike yrkesgrupper. Kirurgen som skulle utføre operasjonen pratet med pasienten om selve inngrepet og svarte på spørsmål pasienten eventuelt måtte ha. Anestesilegen kartla forutsetninger for narkose, bedøvningsmidler og smertestillende, og sykepleieren hadde en preoperativ samtale med pasienten om operasjonen, tiden som kommer etterpå og om pasientens tanker og følelser rundt det hele. Vi går nærmere inn på denne samtalen nedenfor.

#### 4.1.1 Pasientens ståsted

Ifølge Stubberud & Nilsen (2013) er pasienter som får stomi på grunn av inflammatorisk tarmsykdom også de som er kraftigst rammet av sykdommen og de som ikke responderer godt nok på medikamenter. Symptomene vi har erfart at går igjen hos denne pasientgruppen er magesmerter, diaré, hyppige toalettbesøk, vekttap og tretthet. Teorien bekrefter også at dette er vanlige symptomer på sykdommene. Vi har erfart at mange pasienter isolerer seg fra samfunnet og i mindre grad deltar på sosiale aktiviteter på grunn av faren for lekkasje, på grunn av smerter og på grunn av generell utmattelse. I utgangspunktet trodde vi at vekttapet skyldtes nedsatt tarmfunksjon og diaré, men i kontakt med pasienter har vi forstått at mange spiser mindre for å unngå å måtte løpe på toalettet like ofte. Fordi vi, både som sykepleiere og privatpersoner, har empati og medfølelse for pasientene har vi prøvd å sette oss selv i deres sko. Vi kom da frem til at det må være svært begrensende og slitsomt å hele tiden måtte huske på å ha med et ekstra sett klær i veska og alltid vite hvor nærmeste toalett er. Vi

har også erfart at pasienter blir nødt til å sykemeldes fra arbeid på grunn av plagene sykdommene medfører og mange savner yrket sitt og det å kunne gå på jobb. Vi tenkte det måtte være lettende for pasientene å få stomi, samtidig som vi også trodde de fleste ville oppleve en sorgreaksjon over tapet av en basal kroppsfunksjon og et uvant ytre. Etter å ha pratet med stomisykepleiere ble vi overrasket over deres erfaringer med reaksjonene til pasientene. De kunne fortelle at disse pasientene jo er klar over operasjonen på forhånd fordi den er elektiv og at de aller fleste gleder seg til å få stomi og bruker kort tid på å bli vant til posen. De fortalte også at de svært sjeldent ser noen som sliter med kropps- og selvbilde i etterkant, noe som overrasket oss enda mer. Situasjonen for stomiopererte har åpenbart forandret seg mye på få år og samfunnet generelt er bedre informert og mer åpent for de med stomi. Det er ikke lenger like tabubelagt som det var før, og som vi trodde det fortsatt var. Etter å ha reflektert over samtalen med stomisykepleierne forstår vi bedre hvorfor reaksjonene til pasientene er så pass positive som de er. For disse pasientene vil det å få en stomi gi de muligheten til samme livsutfoldelse som alle andre og en frihet og kontroll de ikke tidligere har hatt.

Selv om pasientene stomisykepleierne har møtt ikke sliter nevneverdig med selvbilde eller dårligere livskvalitet som følge av å ha fått en stomi betyr selvfølgelig ikke at alle andre pasienter har samme reaksjon. I en av forskningsartiklene vi har funnet kommer det tydelig frem at det å få en stomi påvirker selvtilit og kroppsbilde, som igjen spesielt påvirker pasientenes forhold til seksualitet. 40% av deltakerne i studien var misfornøyde med seksuallivet sitt og opplevde sporadiske negative tanker rundt stomien (Salles, Becker & Faria, 2013). På den andre siden er det viktig å tenke på at deltakerne i slike undersøkelser kan ha hatt problemer med selvbilde og seksualitet før stomioperasjonen også, så resultatet vil ikke nødvendigvis si at stomien har den fulle skyld i situasjonen. En annen artikkel viser til at pasienter med inflammatorisk tarmsykdom har 50% større risiko for psykiske plager enn pasienter med andre typer kroniske sykdommer. Studien ble gjort av pasienter med Crohns sykdom og stomi, og resultatet viste en jevn høy score på psykiske plager og en jevn lav score på livskvalitet (Knowles, Et al., 2013). I denne konteksten innebærer livskvalitet forhold til både kroppsbilde, seksualitet og sosial funksjon. En tredje studie tok utgangspunkt i stomiopererte kvinner hvor resultatet viste at pasientene opplevde endret kropps- og selvbilde som påvirket både seksuallivet og livskvaliteten (Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes, 2013). Med disse forskjellige forskningsartiklene til grunn kan vi si at våre opprinnelige tanker rundt stomiopererte pasienter ikke var helt på avveie allikevel. Det

viser at selv om mennesker deler like erfaringer kan de oppleves helt forskjellig. Travelbee beskriver hvor viktig det er for sykepleieren å være klar over at alle mennesker er unike individer som alle har særegne opplevelser av situasjoner som kan se like ut fra utsiden (Kirkevold, 1998). Før møtet med pasienten må vi som sykepleiere være observante på vår egen tankegang slik at vi ikke tenker at denne stomipasienten er lik alle andre vi før har møtt.

#### **4.1.2 Preoperativ samtale**

Før den preoperative samtalen må sykepleieren forberede seg godt. Vi kan trekke paralleler mellom den preoperative samtalen og Travelbees innledende samtale. Det første møtet med pasienten legger grunnlaget for samarbeidet videre (Kirkevold, 1998). Som sykepleiere må vi ikke bare forberede oss faglig, men vi må innstille oss på å møte et menneske vi ikke har møtt før, som har egne holdninger og erfaringer ulike de pasienter før han har hatt. Allerede på dette møtet starter arbeide mot å bygge en relasjon til pasienten som skal være med på å sikre progresjon de neste døgnene. Vi har ikke egne erfaringer fra en preoperativ samtale, men vi har erfaringer fra inkomstsamtaler og kartleggingssamtaler som vi kan bruke i denne drøftingen.

Målet med samtalen er å samle inn data om pasienten, hans erfaringer, ressurser, forventninger og bekymringer (vedlegg 3). For å gjøre dette på en god måte må vi være gode lyttere og gi pasienten tid til å prate i sitt eget tempo (Eide & Eide, 2010). Ved å ha utført inkomstsamtaler med pasienter som skal legges inn på avdeling har vi erfart at sykepleier burde gjøre seg kortfattet og konkret. Pasientenes tilbakemeldinger er ofte at de får veldig mye informasjon på kort tid og at de kun husker halvparten etterpå. Derfor burde også mesteparten av informasjonen gis både muntlig og skriftlig. Da får pasienten anledning til å lese over brosjyrer og skriv i etterkant av samtalen. Gabrielsen & Lundetræ (2014) har studert leseferdighetene til voksne nordmenn i helsesammenheng, som viser en annen side av samme sak. Noen har lesevansker og trenger informasjon muntlig, samtidig som det som nevnt er mye informasjon på samme tid og det av den grunn burde gis skriftlig. Dersom pasienten har spørsmål om inngrepet og følgende av dette skal selvfølgelig sykepleier besvare disse så godt det lar seg gjøre. Om pasienten ikke har noen spesielle spørsmål på stående fot ville vi anbefalt å be pasienten skrive ned spørsmål og tanker i etterkant av samtalen, slik at sykepleieren kan plukke opp tråden i interaksjon med pasienten postoperativt.

I forskningsartikkelen ”The influence of time on the quality of life in patients with intestinal stoma” kommer det frem at seksualitet i stor grad påvirker livskvaliteten hos stomipasienter (Salles, Becker & Faria, 2013). Nettopp derfor ville vi nevnt seksualliv som tema på den preoperative samtalen og forklart pasienten at stomien ikke trenger og være et hinder, men at det kan kreve noe tilpasningstid. Ved å kort nevne seksualitet åpner vi for at pasienten kan ta opp dette selv ved en senere anledning. Forskning viser også at helsepersonell ikke alltid er like flinke til å prate om seksualitet med pasienter, til tross for at det er noe av det viktigste for livskvaliteten (Salles, Becker & Faria, 2013).

## 4.2 Kommunikasjon og relasjon

Eide & Eide (2010) beskriver kommunikasjon som en prosess hvor mennesker formidler tanker og følelser til hverandre. Det er gjennom kommunikasjon sykepleieren kan skape en relasjon til pasienten. Vi kan grovt dele opp kommunikasjon i to grupper: verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Selv har vi erfart at nonverbal kommunikasjon kan påvirke dialogen i minst like stor grad som den verbale. Det er ikke alltid ordene vi formulerer som betyr noe, men heller måten vi forholder oss til pasienten på ved bruk av kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Flere pasienter har kommet med tilbakemeldinger på at det er bedre om vi som sykepleiere setter oss ned i fem minutter og viser at vi har tid til pasienten, enn at vi tripper ved utgangsdøra i tjue minutter mens vi kun halvveis er tilstede. Vi har ofte opplevd at vi kan ha dårlig tid og mange oppgaver på jobb, men da handler det om å bruke den lille tiden vi har på en god måte. Gjennom aktiv lytting og bekreftelse av pasientens utsagn har vi erfart at pasienten ofte er takknemlig for at vi tar oss tid og lar tanker og bekymringer bli hørt.

Travelbee mener kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleieren har for å forsøke å skape menneske-til-menneske-forholdet (Kirkevold, 1998). Det er nettopp dette forholdet vi ser på som helt nødvendig for å hjelpe pasienten gjennom prosessen rundt en stomioperasjon. Etter operasjonen må vi plukke opp tråden fra det preoperative møtet og fortsette samarbeidet med pasienten. Menneske-til-menneske-relasjonen skapes ifølge Travelbee gjennom fire forskjellige faser, med en avsluttende endelig femte fase (Kirkevold, 1998). Den første, det innledende møtet, har vi på dette tidspunktet allerede vært igjennom på den preoperative samtalen. I de neste dagene vil vi lære pasienten å kjenne og få en større forståelse av hans unike personlighet og behov. Pasienten vil i de neste dagene kjenne på

hvordan det er å ha en stomi og sannsynligvis vil det fortløpende dukke opp nye spørsmål, tanker og følelsesreaksjoner.

Det nære forholdet mellom pasient og sykepleier ses i teorien på som nødvendig for å fremme helse og lindre lidelse på best mulig måte. Likevel kan vi diskutere hvorvidt det er mulig å oppnå dette tette forholdet i en sykehusavdeling. Ut i fra erfaring er det sjeldent sykepleiere har like vakter og følger opp den samme pasienten hver dag. Med en pasient som kun er inneliggende i noen døgn vil dette i så fall være kritisk for relasjonen. Vi tenker at god sykepleiedokumentasjon og videreformidling av pasienterfaringer til kolleger vil være en nødvendighet for å påse at pasienten opplever en god og trygg relasjonen til sykepleierne på avdelingen. Det er ikke realistisk at vi som sykepleiere får fulgt en pasient daglig fra innkomst til utskrivning, derfor mener vi at alle sykepleiere må gjøre det de kan for å samarbeide med kolleger og dermed sørge for at pasientene får tett oppfølging og god pleie. Meningene våre underbygges av helsepersonelloven (1999) hvor det står at alle som yter helsehjelp skal registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Det står også at journalen skal inneholde alle relevante og nødvendige opplysninger for å kunne gi helsehjelp til pasienten på en forsvarlig måte.

Videre skriver Travelbee om empati som tredje ledd i relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier. Empati er evnen til å forstå og kunne sette seg inn i en annens situasjon. Travelbee hevder man må dele like erfaringer for å kunne føle empati og at det derfor ikke kan forventes at enhver sykepleier føler empati for alle pasienter. Hun sier også at man ved å føle empati kan forutse den andres handlinger (Kirkevold, 1998). Videre kommer sympatifasen som er et steg videre fra empatifasen, og kjennetegnes ved at sykepleieren føler bekymring for den andre og ønsker å avhjelpe den andres lidelse (Kirkevold, 1998). Slik vi tolker det vil prosessen mot det gode sykepleier-pasient-forholdet stoppe opp dersom sykepleieren ikke har lik erfaringsbakgrunn som pasienten og dermed ikke føler empati for pasienten. Som sykepleiere må vi være i stand til å skape et helsefremmende forhold til pasienten selv om vi ikke nødvendigvis deler samme erfaringer. Det står også nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) at sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt, og at man som sykepleier er ansvarlig for å gi den enkelte pasient helhetlig omsorg. Dersom vi følger Travelbees modell vil vi ikke klare å gi helhetlig omsorg med mindre vi deler samme erfaringsbakgrunn som pasienten, og det vil realistisk sett opptre sjeldent. Gjennom egne erfaring mener vi at vi aldri vil være i stand til å forutse en annen persons handlinger kun gjennom empati. Det å klare og sette seg inn i en annens situasjon



betyr ikke, for oss, at vi automatisk klarer å forutse hva en person vil gjøre ved en senere anledning. Når sykepleieren har etablert et nært forhold til pasienten og vært delaktig i pasientens lidelse gjennom omsorg, pleie og interaksjon, slipper pasienten å bære byrden ved lidelsen alene (Kirkevold, 1998). Vi opplever ofte at pasienter formidler at de føler seg tryggere med sykepleiere de kjenner godt, fordi de da føler seg mer komfortable med å ta opp problemer, tanker og følelser.

Travelbee beskriver to tilnæringsmåter i sykepleien: terapeutisk og intellektuell. Ved terapeutisk tilnærming bruker sykepleieren spesielt kommunikasjon som virkemiddel for å danne menneske-til-menneske-forholdet (Kirkevold, 1998). Ved intellektuell tilnærming brukes faglig kunnskap for å kartlegge pasientens sykepleiebehov og hvilke tiltak som er hensiktsmessige for løsning (Kirkevold, 1998). Travelbee mener en mulig sykepleieprosess kan utarte seg ved at vi først identifiserer om pasienten har sykepleiebehov, for så å bekrefte eller avkrefte antakelsene våre med pasienten selv (Kirkevold, 1998). I praksis gjør vi dette ved første møte med pasienten og i dialog med pasienten. Vi har ofte opplevd at våre første observasjoner av pasienten ikke alltid stemmer med pasientens reelle hjelpebehov. Vi har erfart at vi som sykepleiere ofte kan tro at pasienten har enten større eller mindre hjelpebehov enn det han egentlig har. Våre første antakelser er i stor grad påvirket av pasientens holdning og kommunikasjon. Vi har møtt flere pasienter som sier de trenger mye mer hjelp enn det de egentlig trenger og vi har møtt de som sier det motsatte. For å finne ut av pasientens virkelige sykepleiebehov er vi avhengige av å danne en relasjon til pasienten. Videre i sykepleieprosessen må vi avgjøre om vi er i stand til å oppfylle pasientens behov eller om vi må henvise til annet helsepersonell (Kirkevold, 1998). Dette punktet samstemmer med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at sykepleiere skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold (NSF, 2011). **Som** sykepleiere for stomipasienten tenker vi at vi så godt det lar seg gjøre vil forsøke å oppfylle pasientens hjelpebehov, men at vi også er bevisste på å for eksempel henvise til stomisykepleier dersom vi merker at vår egen kompetanse ikke strekker til. Det siste trinnet i prosessen er å legge planer for hvordan sykepleiebehovene skal ivaretas og evaluere om behovene er oppfylt (Kirkevold, 1998). Dette kan for eksempel være at vi ønsker at pasienten skal klare å stelle stomien selv ved utskrivelse og at vi gjennom direkte hjelp og veiledning forsøker å oppfylle behovet. I følge Travelbee må ikke metoden følges konsekvent, men det er viktig at sykepleieren er i stand til å kartlegge sykepleiebehov og aktuelle tiltak for løsning (Kirkevold, 1998).

Livskvalitet defineres som psykisk velvære og opplevelse av mening i livet (Næss, 2011). Travelbee mener at det å finne mening i livet er helt nødvendig for at livet skal kjennes betydningsfullt og henger sammen med at mennesker har behov for å føle seg viktig for noe eller noen (Kirkevold, 1998). Sykdom og sykdomsrelaterte tilstander, som for eksempel inflammatorisk tarmsykdom eller det å bli stomioperert, kan gi lavere livskvalitet (Næss, 2011). Dette har vi erfart i praksis hvor vi har møtt pasienter som isolerer seg fra omverdenen og lever begrensede liv på grunn av sykdom. Hos noen vil ikke helserelaterte problemer påvirke livskvaliteten på samme måte, tvert om vil noen merke at den øker. Spesielt hos pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer har vi erfart at det å endelig få stomi kan gjøre at pasientene føler seg frie til å leve livet sitt på akkurat den måten de ønsker, noe som fører til høyere livskvalitet. I forskningsartikkelen «Psychological Well-Being and Quality of Life in Crohn's Disease Patients With an Ostomy» (Knowles, Et al., 2013) kom de frem til at sykepleiere både pre- og postoperativt burde prate med pasienten om de psykiske påkjenningene som kan oppstå etter å ha fått en stomi. For å forebygge psykiske problemer i etterkant av operasjonen burde vi som sykepleiere også ta opp alle praktiske forhold rundt stomien og informere om at det kan ta tid før pasienten vender seg til den.

### 4.3 Mestringsprosessen

Eide & Eide (2010) beskriver begrepet mestring som mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser. Ved mestring tar man sikte på å hindre negative følger av ulike påkjenning og tolerere belastningene man blir utsatt for. Mennesker reagerer forskjellig på de utfordringene man støter på i livet og opplevelsen av sykdom påvirkes av tidligere erfaringer (Eide & Eide, 2010). Personer som har hatt inflammatorisk tarmsykdom i flere år har naturligvis et annet utgangspunkt enn personer som alltid har vært friske. Vi har erfart at pasienter i denne pasientgruppen ofte er slitne og lei av symptomene sykdommene medfører og at de er klare for en endring. Livskvaliteten til disse pasientene har i de fleste tilfeller vært redusert over lengre tid og en stomioperasjon kan ses på som et håp om noe bedre. Påstanden underbygges av teori fra Stubberud & Nilsen (2013) og av Knowles, Et al. (2013).

Eide & Eide (2010) skriver at tap av en fysisk funksjon utsetter mennesket for belastning og kan føre til en krise- og sorgreaksjon. Folkman og Lazarus har laget en firetrinns

mestringsmodell som beskriver mestringsprosessen (Eide & Eide, 2010). Det første trinnet er den kriseutløsende situasjonen, det andre er reaksjonene pasienten får, det tredje er mestringsstrategier som trer i kraft og det fjerde er en revurdering av situasjonen og pasientens syn på fremtiden. Den kriseutløsende situasjonen kan være og stå ovenfor en stomioperasjon eller å ha gjennomgått en stomioperasjon. Krisereaksjoner er oftest sterkest når hendelsen kommer brått på. Det er antakelig derfor stomisykepleierne erfarer at elektive pasienter i liten grad opplever krisereaksjoner og sorgprosesser. Reaksjonene på operasjonen kan være lettelse, glede, skuffelse og sorg, eller en blanding av alle sammen. Stomisykepleierne vi pratet med på sykehuset erfarte at pasientene i all hovedsak var glade og lettete for at operasjonen var gjennomført. Selv har vi opplevd de pasientene stomisykepleierne pratet om, men også pasienter som går i forsvarsposisjon og ikke ønsker å erkjenne posen på magen. Noen ønsker at vi som sykepleieren skal ta oss av alt vedrørende stell og tømning av posen fordi stomien ses på som noen fremmed, skummelt og ekkelt. Vi ser på situasjonen rundt stomistellet som en ypperlig arena for å fremme mestring hos pasienten. Stomistell er også et praktisk område det er ønskelig at pasienten behersker før utskrivelse. I denne situasjonen bruker vi spesielt vår veiledende og undervisende funksjon som sykepleiere (Eide & Eide, 2010). Etter operasjonen vil stomien være rød og hoven, sykepleieren må da informere pasienten om at hevelsen vil gå ned og at stomien vil se mindre ut etter hvert (Nilsen, 2013). Stomisykepleierne vi pratet med nevnte at det er viktig at sykepleieren normaliserer stomien og oppfører seg på en måte som får pasienten til å forstå at stomien ikke trenger å være verken ekkel eller fremmed. For å fremme mestring, trygghet og følelse av kontroll må pasienten få involveres i stellet så raskt som mulig og få brukt sine egne ressurser (Eide & Eide, 2010). Sykepleieren må introdusere pasienten for ulike typer stomiutstyr, men porjonere informasjonen over flere dager slik at det ikke bli for overveldende (Nilsen, 2013). Vi har selv møtt pasienter i hjemmesykepleien som har lite eller ingen kunnskap om stomiutstyr, selv om de antakelig har fått informasjon på sykehuset. Det kan tyde på at pasienten har fått for mye informasjon på en gang. Det viser også at det kan være lønnsomt å gi informasjonsbrosjyrer om stomiutstyr til pasientene og ikke bare gi informasjon muntlig.

Stomimarkering er også en god situasjon vi kan fremme mestring i. Vi har opplevd at dette kan være en av de første situasjonene i operasjonsprosessen hvor det virkelig går opp for pasienten at han skal få en stomi. Dermed er situasjonen sårbar og krever ydmykhet og omsorg av oss som sykepleiere. Det å skulle stomiopereres kan ses på som en traumatisk

krise, altså en påkjenning som ikke inngår i et normalt livsforløp (Eide & Eide). I begynnelsen er det vanskelig for pasienten å benekte situasjonen, samtidig som han kan fortrenge tanker og følelser (Eide & Eide, 2010). Stomien skal plasseres på et sted som er mest hensiktsmessig for tiden etterpå og pasienten må få medvirke og være med i bestemmelsen av plasseringen (Nilsen, 2013). Vi har opplevd at en pasient tok til tårene da han så stomien på magen for første gang, fordi han da fikk kjent på hvordan det ville være å ha en pose på magen. Som sykepleiere står vi ovenfor flere kommunikative utfordringer, spesielt det å informere om hvilke følelsesmessige reaksjoner pasienten kan oppleve (Eide & Eide, 2010). Våre opplevelser er at det er viktig og normalisere følelsene pasienten får og informere om at alle reagerer forskjellig og at stomimarkeringen kan være en følelsesladd situasjon.

Relasjonene, følelsene og vurderingene til pasienten er med på å bestemme hvilke mestringsstrategier som tas i bruk (Eide & Eide, 2010). Mestringsstrategier er handlinger vi gjør for å klare å holde ut og komme oss igjennom en situasjon. Grovt sett har vi tre hovedtyper mestringsstrategier. Problemrettede-, følelsesrettede og vurderingsrettede (Eide & Eide, 2010). Problemfokuserert mestring er aktive og direkte strategier for å hankses med en situasjon og brukes av pasienter som har tro på at de kan mestre og håndtere. Følelsesfokuserert mestring er strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen, i stedet for situasjonen i seg selv, og innebærer blant annet forsvar, isolasjon og fortrenkning (Eide & Eide, 2010). Vi har erfaringer med pasienter som er positivt innstilt, aktive og direkte i møte med sykdom og vi har erfaringer med pasienter som er nedstemte på grunn av sykdom, isolerer seg og ikke ønsker og ta stilling til situasjonen de befinner seg i. Våre opplevelser er at måten pasienter møter sykdom på i stor grad er avhengig av hvem de er som person. En eldre stomipasient vi kjenner godt til fra hjemmesykepleien tar ofte til tårene og forteller at han aldri blir fortrolig med stomien. Han tar heller ikke del i stomistellet eller håndtering av stomiutstyr, selv om han funksjonsmessig er i stand til det. Vi opplever ofte at han reagerer uhensiktsmessig i forhold til ulike situasjoner som oppstår. Dette kan for eksempel være at han blir svært irritabel og sint dersom hjemmesykepleien ikke kommer presis klokka åtte om morgenen eller at heisen i blokka midlertidig er ute av drift. Det skal da også sies at han ikke har behov for besøk akkurat klokka åtte, ei heller behov for bruk av heis. En motpol til denne pasienten er en annen stomipasient i samme alder som steller stomien selv, av og til med veiledning, og er involvert i hvilket utstyr som skal brukes og bestilles. Pasienten møter oss som sykepleiere med et smil og møter utfordringer med humor

og godt mot. Et eksempel som tydelig viser forskjellen på disse to er at sistnevnte pasient en gang lå med to brukne hofter en hel natt og ved morgenbesøk kun følte seg «noe redusert». Eide & Eide (2010) skriver at de som velger problemrettede strategier ofte er vant med å håndtere ulike hendelser på en direkte måte og ønsker å ha kontroll. De som velger følelsesrettede strategier kan ofte være usikre og føler seg mer komfortable når noen andre tar kontroll over situasjonen. Travelbee (Kirkevold, 1998) mener pasienter som velger problemrettede strategier har større mestringsevne enn de som velger følelsesrette mestringsstrategier, og at de ser på sykdom og lidelse som en naturlig del av livet. I tillegg til at valget av strategi er individbetinget er det også situasjonsbetinget. Hvis man brenner et bein vil det være mest hensiktsmessig og velge en problemrettet strategi for å aktivt trene opp beinet og delta i en rehabiliteringsprosess. Dersom man har blitt utsatt for voldtekt kan det være mest hensiktsmessig å velge en følelsesfokustert strategi fordi situasjonen kan gi så store følelsesmessige reaksjoner at forsvarsmodus og isolering kan være det eneste som gjør at personen klarer å holde ut. Ved funksjonstap og kronisk sykdom, som inflammatorisk tarmsykdom og stomi, kan pasienten i begynnelsen godt bruke en følelsesrettet strategi, men det vil være hensiktsmessig og gå over til en problemrettet strategi for å aktivt jobbe for å tilpasse seg sin nye situasjon (Eide & Eide, 2010).

De vurderingsrettede strategiene tar sikte på å endre forståelsen pasienten har av situasjonen (Eide & Eide, 2010). Det innebærer å jobbe for at perspektivet til pasienten blir så virkelighetsnært og hensiktsmessig som mulig for å fremme konstruktiv handling. Det er her sykepleieren kan være med på å gjøre størst forskjell. Som sykepleiere må vi kartlegge hvilke faktorer som påvirker pasientens vurdering (Eide & Eide, 2010). Pasienten kan ofte sitte med mangelfull informasjon og kunnskap, det har vi selv erfart i praksis. For eksempel hos pasienter som sliter med lekkasje er mange ofte ikke klare over at det finnes ulike typer stomiplater og tilleggsutstyr for å forhindre nettopp dette. Vår oppgave blir da og informere pasienten om de reelle forhold slik at han er i stand til å ta avgjørelser i overenskomst med virkeligheten. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999), kapittel 3 § 3-2, står det at pasienten skal ha all nødvendig informasjon for å få tilstrekkelig innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det står også at informasjonen skal tilpasses pasientens individuelle forutsetninger og at vi som helsepersonell så langt som mulig må sikre oss at pasienten har forstått innholdet av opplysningene. Knowles, Et al. (2014) skriver at mestringsstrategiene blir direkte påvirket av sykdomsvurderingene til pasienten, og at det muligens vil være mer

effektivt for sykepleieren og forsøke å endre pasientens vurderinger fremfor å endre mestringsstrategiene i seg selv.

Gjennom teorien og gjennom prat med stomisykepleierne har vi kommet frem til at det er viktig for oss og informere pasienten om at han kan leve et fullverdig liv med stomi og at den ikke trenger å begrense livsutfoldelsen. I sykdomssituasjoner kan det være vanskelig å slippe følelsen inn på seg og det kan medføre problemer med å se mening i tilværelsen (Eide & Eide, 2010). Travelbee (Kirkevold, 1998) mener at det å finne mening i livet er nødvendig for at livet skal føles betydningsfullt. Hvis vi som sykepleiere kan bidra til at pasienten klarer å se sykdomssituasjonen som meningsfull kan vi bidra til selvutvikling for pasienten (Kirkevold, 1998). For at pasienten skal oppleve kontroll over situasjonen må han få brukt sine egne ressurser og ta del i de beslutninger som tas vedrørende hans sykdomssituasjon. Det står også nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), kapittel 3 § 3-1, at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten hvor det skal legges stor vekt på hva pasienten mener.

#### 4.4 Selvbilde og seksualitet

Håkonsen (2014) skriver at selvbilde er et ord som beskriver hvordan et menneske oppfatter seg selv og at dette utvikler seg over tid, basert på ulike erfaringer et menneske opplever i løpet av livet. Selvbildet kan oppleves både positivt og negativt, uavhengig av situasjonen mennesket er i (Håkonsen, 2014). Vi opplever at det kan være vanskelig å ha et godt bilde av seg selv, når hverdagen er preget av hyppige toalettbesøk, smerter og isolasjon. En pasient fortalte at han til tider hadde så store smerter at han ikke hadde klart å gjøre noe annet enn å ligge stille i sengen. I tillegg fortalte han at han sjeldent var ute av leiligheten, i frykt for å ikke ha et toalett tilgjengelig. Han følte at livskvaliteten sank betraktelig, fordi han konstant følte seg skitten og lite attraktiv.

Pasientene opplever en kroppslig endring når de får utlagt tarm. Ved en slik endring kan selvbildet bli svekket. Vårt inntrykk er at pasienter som får en stomi synes det er vanskelig den første tiden etter operasjonen, da de må bli vant med en helt ny situasjon, både kroppslig og i hverdagen. Vårt inntrykk bekreftes av Salles, Becker & Faria (2013). I artikkelen viser det seg at pasienter som har levd med stomi i to eller flere år har bedre livskvalitet enn de som har hatt stomi i mindre enn to år. Vår erfaring er at det også forekommer tilfeller hvor

pasienter aldri blir fortrolig med å leve med stomi, uansett hvor lang tid det har gått etter stomioperasjonen. Dette er individavhengig, men vår erfaring er at pasienter som ikke ser på lidelse som en naturlig del av livet har vanskeligheter med å tilvenne seg det å leve med stomi, i motsetning til pasienter som møter utfordringer på en aktiv og direkte måte.

Ordet seksualitet brukes om både seksuelle handlinger, seksuell atferd og seksuell lyst. Noen mener at det går an å ha et godt liv uten seksuell omgang, mens andre mener det er nødvendig for psykisk og fysisk helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). I følge Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes (2013), syns stomiopererte kvinner det er vanskelig å bestemme seg for om de skal være åpne om at de har stomi eller ei. Tanken på å være intim med en partner etter en stomioperasjon kan oppleves vanskelig. Pasienter forteller at de opplever frykt for lekkasje, at de frykter at partneren synes det er ekkelt eller at de blir avvist på grunn av stomien. I følge stomisykepleierne var ikke dette et tema som var vanskelig for pasientgruppen de jobbet med. Deres erfaring var at de fleste pasientene klarte seg bra etter at de hadde fått stomi, og at det i liten grad ble søkt råd om seksualitet og samliv i etterkant. Som sykepleiere kan vi bruke PLISSIT-modellen ved sexologisk veiledning. Det er spesielt de to nederste nivåene av pyramiden vi som sykepleiere burde ha kunnskap om. Det første nivået står for tillatelse, og tar sikte på at sykepleieren lar pasientene snakke om seksualitet uten at sykepleieren bidrar med noe faglig. Det innebærer at pasienten får bekreftelse på at det er lov å ta opp og diskutere sensitive og seksuelle temaer, samtidig som sykepleieren aksepterer dette. Det andre nivået står for begrenset informasjon, dette innebærer at sykepleieren skal tilby passende informasjon til situasjonen, slik at pasienten får svar på ulike bekymringer og utfordringer. De neste nivåene innebærer mer spesifikk rådgivning og da er det viktig at vi som sykepleiere kjenner våre begrensninger, og eventuelt henviser pasienten videre til helsepersonell med mer erfaring og kunnskap om seksuallivet (Nilsen, 2013). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det også at "sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner" (NSF, 2011). Vi hadde gjort oss opp en mening i forkant av møtet med stomisykepleierne, og satt med følelsen av at pasientene slet med å være seksuelt aktive i etterkant av en slik operasjon. Vi mener fortsatt at det uansett er viktig å bringe temaet på banen postoperativt, slik at pasientene har mulighet til å stille spørsmål om det er noe de lurer på. I følge teorien er det vanskelig for pasientene å føle seg like attraktive som før og at overskuddet til å gjøre seg tiltrekkende nok, ikke er tilstede. Mange pasienter er redde for å bli avvist og opplever frykt for å bli ensomme (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Vi

kan også knytte vår mening opp til forskningsartikkelen "Perception of sexual activities and the care process in ostomized women" (Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes, 2013), som viser at stomiopererte kvinner opplever endring i kropps- og selvbilde, så mye at det påvirker seksuallivet, som også fører til dårligere livskvalitet.



## 5.0 Konklusjon

Gjennom denne litteraturstudien ønsket vi å finne ut hvilke faktorer som kan bidra til god livskvalitet for pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer som blir operert for stomi i en elektiv operasjon. Før vi begynte å skrive oppgaven var vi mer eller mindre sikre på at pasientene ville gjennomgå en sorgprosess etter tapet av en kroppsfunksjon og vi trodde både selvbildet og seksuallivet ville bli sterkt preget. I begynnelsen av arbeidet møtte vi to stomisykepleiere som delte sine erfaringer med oss. De opplevde at pasientene sjeldent hadde problemer med verken selvbilde, livskvalitet eller seksualliv i etterkant av operasjonen. Vi ble overrasket over dette og satte i gang med å søke etter forskning for å se om disse erfaringene stemte jevnt over. Vi fant da ut at det å få en stomi i mange tilfeller påvirker både kropps- og selvbilde og at en stor andel av deltakerne i studiene vi undersøkte var misfornøyde med seksuallivet sitt. Videre fant vi ut at inflammatoriske tarmsykdommer assosieres med høy forekomst av psykiske plager og at evnen til å mestre sykdomssituasjonen i stor grad avhenger av pasientens egne vurderinger. Flere av studiene viste at helsepersonell kan bidra til økt livskvalitet ved å gi pasientene utfyllende informasjon om sin sykdomssituasjon slik at sykdomsvurderingene blir mer hensiktsmessige, og ved å undervise og veilede i forhold til stomistell og seksualitet.

Gjennom studering av ulike litteraturkilder og drøfting har vi kommet frem til noen hovedområder vi som sykepleiere må fokusere på for å kunne bidra til god livskvalitet for pasientene. Kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene vi kan bruke for å skape en god relasjon til pasienten, som igjen er nødvendig for god kartlegging av sykepleiebehov og helsefremming. Aller helst skulle samme sykepleier fulgt pasienten fra innkomst til utskrivelse, men i og med at dette ikke er realistisk med tanke på sykepleieres turnusarbeid må god dokumentasjon og samarbeid mellom kollegaer prioriteres. Som sykepleiere må vi være bevisste på at alle mennesker er unike individer og ikke reagerer likt på situasjoner som fra utsiden kan se like ut. Vi må derfor passe på slik at vi ikke generaliserer pasientgrupper og forventer at alle med inflammatorisk tarmsykdom og stomi er like mennesker.

For å fremme mestring, trygghet og kontroll må pasienten involveres i alle avgjørelser og praktiske aktiviteter vedrørende sin egen helsesituasjon så godt det lar seg gjøre. Gjennom tre år på sykepleierutdanningen har vi hørt hvor viktig det er at pasienten får brukt sine egne ressurser og det har vi også fått bekreftet gjennom denne oppgaven. Vi må ta oss tid til å

lytte til pasient og samtidig inneha faglig kunnskap for å veilede og svare på spørsmål. Dersom vi merker at vår egen kompetanse ikke strekker til må vi være oppmerksomme på at pasienten burde henvises til mer kyndig helsepersonell som for eksempel en stomisykepleier. Flere forskningsartikler peker på at seksuallivet kan bli preget av det å få en stomi, samtidig som det viser seg at helsepersonell ikke alltid er like flinke til å ta opp temaet med pasienten. Som sykepleiere må vi være trygge nok i sykepleierrollen til å åpne for at pasienten kan prate med oss om seksualitet og samliv.

Grad av opplevd livskvalitet er avhengig av psykisk velvære og opplevelse av mening i livet. Dersom vi som sykepleiere klarer å hjelpe pasienten i å finne mening i tilværelsen kan vi bidra til selvutvikling og til et betydningsfullt liv for pasienten.

## Litteraturliste

Dalland, O (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. & Eide, T (2010). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Folkehelseinstituttet. (2013). *Livskvalitet og trivsel i Norge*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/artikler/?id=107961>

\* Gabrielsen, E & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien forskning*, 9 (1), 24 – 34. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 39, § 40 & § 45. (2015).

Håkonsen, K., M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Identitet. (2015). I store norske leksikon. Lokalisert 24. Mai 2016 på <http://snl.no/identitet>

\* Kimura, C. A., Kamanda, I., Guilhem, D & Fortes, R. C. (2013). Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. *Journal of Coloproctology*. 33 (3), 145 – 150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.05.004>

\* Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Knowles, S. R., Tribbick, D., Connell, W. R., Castle, D., Salzberg, M & Kamm, M. A. (2014). Exploration of Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies and Psychological Morbidity in Stoma Patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41 (6), 573 – 580. <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000073>

\* Knowles, S. R., Wilson, J., Wilkinson, A., Connell, W., Castle, D., Desmond, P. & Kamm, M. A. (2013). Psychological Well-Being and Quality of Life in Chron's Disease Patients With an Ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40 (6), 623 – 629. <http://dx.doi.org/10.1097/01.WON.0000436670.56153.7b>.

Kristoffersen, E. J., Nortvedt, F., & Skaug, E – A. (Red.). (2012). *Grunnleggende sykepleie: bind 3*. Oslo: Gyldendal.

Nilsen, C. (2013). Sykepleie til pasienter med stomi. R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 103 – 132). Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Norilco. (2015). Norilco jublerer!. Lokalisert på: <http://www.norilco.no/aktuelt/norilco-jubilerer>.

\* Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Lokalisert på [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\* Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet – forskning om det gode liv*. (s. 15 – 30). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\* Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV 199-07-02-63. § 3 – 1, § 3 – 2 og § 3 – 5 (2015).

Stubberud, D – G. & Nilsen, C. (2013). Sykepleie ved sykdommer i mage – tarm – kanalen. R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., 431 – 453). Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Salles, V. J. A, Becker, C. P. P. & Faria, G. M. R. (2013). The influence of time on the quality of life patients with intestinal stomia. *Journal of Coloproctology*, 34 (2), 73 – 75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.02.007>.

\* Travelbee, J (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: E. A. Davis Company.


## Vedlegg 1: PICO – skjema

<b>P</b> Pasient, problem	<b>I</b> Intervensjon	<b>C</b> Sammenligning	<b>O</b> Utfall
Ostomy Stomi Nursing/nurse Patients Care Ostomy/stoma Ileostomy Colostomy Life with ostomy	Communication Information		Coping Quality of life Livskvalitet

## Vedlegg 2: Databasesøk

Hvilken database?	Hvilke søkeord?	Innsnevring av søket? (år, artikkel osv.)	Hvor mange resultater?	Hvor mange var relevante/valgte jeg?
Sykepleien forskning	Kommunikasjon	Peer-reviewed, forskningsartikler	75	1: «Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?»
Bibsys Oria	Ostomy + Perception	Fagfelleurdert tidsskrift, årstall 2013-2016	20	2: «Psychological well-being and quality of life in Crohn's disease patient with an ostomy» og «Perception of sexual activities and the care process in ostomized women»
Bibsys Oria	Ostomy + patients + quality of life	Fagfelleurdert tidsskrift, årstall 2013 - 2016	5619	1: «The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma»
Bibsys Oria	Coping + ostomy + patients	Fagfelleurdert tidsskrift, årstall 2014 - 2016	5	1: « <a href="#">Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients</a> »

## Vedlegg 3: Stomi – elektiv preoperativ informasjon

 Sykehuset Innlandet HF		Divisjon Elverum-Hamar		Pasientbehandling	
<b>Stomi - elektiv preoperativ informasjon</b>				Divisjonsdokumenter	
				E-H01/17.09.01-14	
Utgave: 5.00	Utarbeidet av: Kirurgi Hamar v/sykepleier Turid Kalberg og Kristin H. Thoresen	Godkjent av avd.sjef Sigmund Nesvaag	Gjelder fra: 06.01.2016	Side 1 av 1	

### 1. Hensikt og omfang

Sikre at pasienter har mottatt god skriftlig/muntlig informasjon og forstått den.  
Gjelder elektive pasienter som skal opereres og få stomi v/kirurgisk avdeling, Hamar

### 2. Ansvar/målgruppe

Sykepleiere og hjelpepleiere.

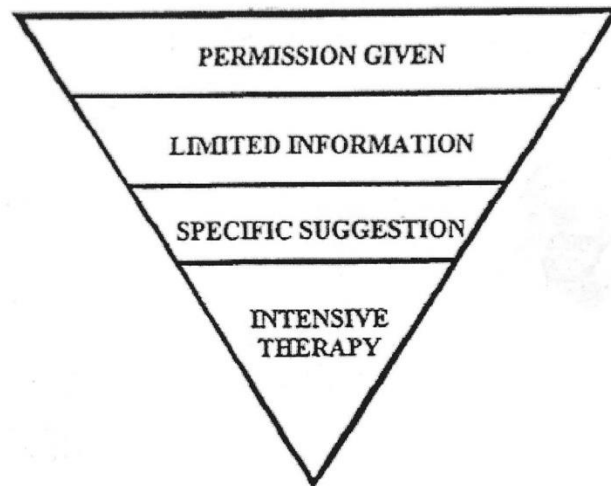
### 3. Handling

- Pasient/pårørende inn på et egnet enerom/samtalerom.
- Tilrettelegg informasjonen etter pasientens alder, kjønn, kultur, ressurser og erfaringer.
- Ta i bruk kartleggingsnotat EDS, for datasamling.
- Bruk god tid til å lytte, skape trygghet og gi rom for spørsmål.
- Gi pasienten følelsesmessig støtte.
- Sikre at pasienten er godt informert, har forstått hva operasjonen innebærer og hva det vil si å få en stomi.
- Forbered pasienten på det postoperative forløp og rehabiliteringsfasen.
- Gi pasienten stomimappe, som inneholder alt de trenger av skriftlig informasjon fra sykepleier.
- Bruk Flip-over; preoperativ informasjon. Den viser blant annet hvordan en stomi ser ut, fungerer og stelles, enkel anatomi, diverse stomibandasjer og hensikt med stomimarkering.

### Referanser

Kalberg T, Thoresen KH. Preoperativ informasjon til stomipasienter. [Prosjektoppgave] Høgskolen i Hedmark, 2007.

## Vedlegg 4: PLISSIT – modellen



### Plissit-modellen

PLISSIT-modellen er en sexologisk intervensjonsmodell, lansert av Jack Annon, som gir en oversikt over hvem som har behov og interesse av sexologiske intervensjonstilbud. I tillegg gir modellen føringer for hvilken kompetanse man trenger å besitte for å utføre ulike sexologiske intervensjoner med de ulike behov forskjellige pasientgrupper kan ha. Modellen er utformet med ulike nivåer som en pyramide, der det laveste og nederste nivået betegner den gruppen pasienter som trenger den minst omfattende behandlingen og hvor behandleren trenger minst kompetanse for å være kompetent til å behandle problemene. Nivåene i modellen (nedenfra og opp) er som følger:

- **P(ermission)**, står for *tillatelse* og innebærer at pasienten skal få lov til og aksept for at det er greit å ta opp og diskutere sensitive og intime seksuelle tema med behandleren for slik å eventuelt kunne avklare hvilke behov for intervensjon som er nødvendig for pasienten. I tillegg skal det å ta opp temaet gi et signal om at seksualitet er en normal del av livet til alle mennesker i alle livssituasjoner.
- **L(imited) I(nformation)**, står for *begrenset informasjon* og innebærer at man skal tilby adekvat informasjon gjennom generell psykoedukasjon slik at pasienten i størst mulig grad får svar på sine bekymringer og utfordringer.
- **S(pecific) S(uggestions)**, står for *spesifikk rådgiving* og innebærer at behandleren skal tilpasse informasjon og behandlingstiltak spesielt til den enkelte pasient. Herunder kommer en mulighet for å tilby behandling i form av medisiner og hjelpemidler.
- **I(ntensive) T(herapy)**, står for *intensiv terapi* og innebærer å behandle alvorlige sexologiske problemer som for eksempel alvorlige relasjonsskader, overgrepssproblematikk og trans-problemstillinger. For å behandle seksuelle problemer som krever intensiv terapi bør man være ekspert i sexologi.



