

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Hvordan kan sykepleier bidra til optimal informasjon og oppfølging til pasienter som har, eller skal få anlagt stomi?

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 10.05.2021

x

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn

I Norge får mellom 3000 og 4000 pasienter utlagt tarm årlig. Pasienter med stomi kan sykepleiere møte på både på sykehjem, sykehus og i hjemmesykepleien. Vi har derfor valgt å ta for oss stomi og veiledning for å tilegne oss mer kunnskaper om dette.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til optimal informasjon og oppfølging til pasienter som har, eller skal få anlagt stomi.

Metode

Metoden som er anvendt i denne oppgaven er integrativ litteratur oversikt. Fire forskningsartikler ble analysert. Resultatene fra forskningsartiklene, bakgrunns litteratur og egne refleksjoner ligger til grunn for besvarelsen.

Resultater

Resultater fra artiklene viser at pasienter med nyanlagt stomi har betydelig behov for oppfølging og tilstrekkelig informasjon på flere områder. Tilstrekkelig informasjon og oppfølging fra sykepleier vil kunne gi pasienter bedre forutsetninger for å være forberedt på eventuelle komplikasjoner, utfordrende livssituasjon og endring i kroppsbilde.

Diskusjon

Det er nødvendig med god kunnskap om stomi og mulige konsekvenser av å få utlagt stomi for å kunne informere og veilede på en god måte. På bakgrunn av resultatene fra artiklene sett i lys av teorien, ser vi at det kan være behov for bedre oppfølgingssystemer og kunnskaper.

Nøkkelord

Stomi, livssituasjon, sykepleiers funksjon, kunnskap, lidelse, selvbilde, grunnleggende behov, informasjon og oppfølging.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt.....	6
1.4 Begrepsavklaring	6
1.4.1 Sykepleiers funksjon.....	6
1.4.2 Grunnleggende behov	6
1.5 Oppgavens oppbygging	7
2.0 TEORIKAPITTEL	8
2.1 Seksualitet.....	8
2.2 Kroppsbilde.....	8
2.3 Stomi.....	9
2.3.1 Ileostomi.....	9
2.3.2 Kolostomi	9
2.3.3 Urostomi.....	9
2.4 Konsekvenser for pasientens grunnleggende behov ved stomi	10
2.5 Sykepleiers funksjon.....	10
2.5.1 Brukermedvirkning.....	11
2.6 Katie Eriksson og lidelse	11
3.0 METODE.....	13
3.1 Hva er metode?	13
3.2 Søkeprosess.....	13
3.2.1 Valg av søkestrategi	13
3.2.2 Valg av databaser	14
3.2.3 Valg av søkeord.....	14
3.2.4 Valg av artikler	14
3.3 Analyse av artikler	16

4.0 RESULTATER	17
4.1 Seksuell dysfunksjon	17
4.2 Videre oppfølging	17
4.3 Å føle seg annerledes	18
4.4 Sykepleiers funksjon.....	18
4.4.1 Helsepersonells kunnskaper rundt stomi	19
4.5 Behov for informasjon og oppfølging	19
4.5.1 Utilstrekkelig informasjon før inngrepet.....	20
5.0 DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.1.1 Land og sted for studiene	22
5.1.2 Forskerne og informantenes bakgrunn	23
5.1.3 Kvalitativ metode som tilnærming	24
5.2 Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1 Informasjon og utdanning preoperativt	26
5.2.2 Videre oppfølging etter anlagt stomi	27
5.2.3 Seksuell dysfunksjon.....	28
5.2.4 Å føle seg annerledes	29
5.2.5 Sykepleiers funksjon.....	30
5.2.6 Konklusjon	31
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	32
LITTERATUR	33
VEDLEGG	36

1.0 INNLEDNING

I denne bacheloroppgaven kommer vi til å anvende pensum fra emnet BSYBAC og forskningslitteratur. Vi har også tatt med egen relevant erfaringer i oppgaven. Oppgaven følger retningslinjene i forhold til akademisk skriving og oppgaveskriving. Vi bruker referansestilen APA 7th som er hentet fra kildekompasset.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det lever rundt 20 000 mennesker med ulike former for stomi i Norge i dag. Årlig utføres det mellom 3000 og 4000 operasjoner for anleggelse av stomi, der 75% av disse er permanente (Krabbe et al., 2019). Vi ønsker å tilegne oss kunnskaper om dette temaet utover det vi har lært gjennom sykepleierutdanningen. Vi har gjennom hele praksisperioden møtt på pasienter med stomi. Som sykepleier møter enn disse pasientene uansett hvor en velger å jobbe, i kommunehelsetjeneste, sykehus og ulike avdelinger. Vi har opplevd at det er lite kunnskap rundt dette med stomi, og er interessert i å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan møte denne pasientgruppen bedre fra pasientperspektivet.

Det å få en stomi preger menneskets liv individuelt, både fysisk, psykisk, sosialt og seksuelt. Det kan også påvirke den enkeltes grunnleggende behov. Når et menneske utsettes for stor påkjenning på disse områdene kan selvbilde og kroppsbilde truet. Det er derfor viktig at sykepleier gir optimal informasjon og undervisning i pre og postoperativ fase (Stubberud et al., 2017, s. 541-542). Som sykepleier har vi en plikt til å informere pasienter og brukere i samråd med lege. Dette innebærer informasjon om behandling, forløp, virkning, bivirkning, utfordringer og hvordan dette kan påvirke den enkeltes livssituasjon. Det innebærer også informasjon og åpenhet rundt selvbilde, kroppsbilde, seksualitet, dysfunksjon og tabubelagte tema som kan være vanskelige å håndtere. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2)

1.2 Problemformulering

Vi har valgt problemstillingen “hvordan kan sykepleier bidra til optimal informasjon og oppfølging til pasienter som har, eller skal få anlagt stomi?”. I følge Friberg (2017, s.42), sier problemformulering oss noe om hva som er problemet, hvorfor dette er et problem og hva kan denne kunnskapen bringe med seg. Pasienter som får anlagt stomi på bakgrunn av alvorlig sykdom, akutt eller langvarige mage og tarm komplikasjoner kan få endret livssituasjonen sin på flere områder. På bakgrunn av dette er det viktig at pasientene får tilstrekkelig informasjon

og optimal oppfølging i den pre og postoperative fasen, samt tiden etter hjemkomst fra sykehuset og i hverdagen. Pasienter må lære seg å leve med stomi og få kunnskap om eventuelle komplikasjoner, som problemer med lekkasje, endringer i kroppsbilde, dysfunksjon og psykososiale utfordringer som kan oppstå i den nye livssituasjonen. For at helsepersonell skal kunne gi den optimale oppfølgingen og helsehjelp til pasienten er det flere faktorer som må tas hensyn til, som lytte til pasientenes egne opplevelser, individuelle behov og utfordringer.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å avdekke hvordan sykepleier kan bidra til optimal informasjon og oppfølging til pasienter som har, eller skal få anlagt stomi. Vi ønsker å få en ytterligere innsikt i pasientens behov for stomi relatert kunnskap til deres nye livssituasjon.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Sykepleiers funksjon

Begrepet sykepleieres funksjon blir i denne oppgaven rettet mot sykepleiers ansvar, kunnskaper og hva en sykepleier kan gjøre for pasienter som er i en livsendring. Ansvaret er bygget på det generelle yrkesetiske, moralske og juridiske som samsvarer med det å være profesjonell. I denne oppgaven knytter vi sykepleiers ansvar, kompetanse og pasientens behov sammen. Sykepleiers funksjon kan være å dekke pasientens behov, gi tilstrekkelig informasjon, og sørge for god oppfølging ved nyanlagt stomi i den pre og postoperative fasen. Det handler også om evnen til å lytte til den enkelte og være åpen for å snakke om vanskelige tema og spørsmål rundt det.

1.4.2 Grunnleggende behov

Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» må være førende for utforming av et tilbud som dekker både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Alle mennesker er unike og skal møtes med anerkjennelse, respekt og tillit. Dette innebærer også å respektere og ta hensyn til språk, kultur og identitet. Personell i helse- og omsorgstjenesten må ha kunnskap om hvordan menneskers ulike behov henger sammen og påvirker hverandre. (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 31)

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgavens andre kapittel omhandler bakgrunnsstoff for oppgaven. Temaer som er inkludert i teorikapittelet er seksualitet, kroppsbilde, stomi, grunnleggende behov og sykepleiers funksjon. Metodekapittelet i oppgaven beskriver valgt metode og søkeprosessen. Videre kommer resultatkapittelet, her blir resultatene fra artiklene presentert. Under diskusjonskapittelet blir metode og resultat diskutert ut fra egne refleksjoner, erfaringer, teori og resultater fra de valgte artiklene. Avslutningsvis beskriver vi anvendelse av resultatene i praksis, og kommer med konkrete forslag til sykepleiepraksis.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Seksualitet

Seksualiteten er en integrert del av et menneske, som er ulike og tilpasset til hver og en som resten av personligheten. Seksualitet er ett av grunnbehovene til menneske og utgjør et aspekt av å være menneske, det kan heller ikke forveksles med andre livsaspekter. Seksualitet kan være så mye, det blir ofte forbundet med samleie, orgasme og summen av den erotiske del av livet. Menneskers personlighet har følelsesmessige energier som stadig søker etter kjærighet, varme, nærhet og kontakt. Seksualiteten uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss og tilnærmer oss den vi vil være nær. seksualiteten vår blir påvirket av den enkeltes tanker, handlinger, følelser og samspillet vi har sammen med andre mennesker. (NFSS, u.å.)

Ved en stomioperasjon er det fare for nerveskader som kan føre til seksuell dysfunksjon. Menn kan få erektil dysfunksjon, eller smertefull og manglende ejakulasjon. Kvinnene kan få tørre slimhinner som følge av nerveskade, samt manglende orgasme eller smertefullt samleie. Noen pasienter med permanent stomi fjerner rectum, dette kan medføre at uterus og vagina endrer posisjon og bøyer seg bakover. Endret plassering av disse, kan føre til problemer ved innføring av penis, og videre til smerter ved samleie. Den stomiopererte pasienten kan oppleve psykiske problemer ved å føle seg mindre attraktiv ovenfor partneren. Negativt selvbilde kan videre føre til problemer med å gjenoppta eller innlede seksuelle forhold. (Stubberud et al., 2017, s. 525)

2.2 Kroppsbilde

Kroppsbilde kan påvirkes av den enkeltes livssituasjon, mentalt og fysisk. Kronisk sykdom eller en brå endring i livet kan påvirke kroppsbilde på en negativ måte, som videre vil påvirke seksualiteten. Kroppsbilde er et begrep som definerer den enkeltes opplevelser og tanker om egen kropp. Kroppsbilde har et tett samspill med trygghet på egen identitet. Spesielt unge mennesker sitt kroppsbilde blir lett påvirket da de i utgangspunktet er i en sårbar fase i livet. Ungdomstiden blir beskrevet som en spesielt utfordrende tid med isolasjon og redsel for isolasjon fra andre (Krabbe et al., 2019). Uavhengig av alder, kjønn og identitet kan pasienten oppleve en vanskelig tid. Sykdom og behandling setter sine spor og påvirker alle pasienters utseende og fysisk funksjon. Pasienten må omstille seg selv og hverdagen når sykdommen blir en del av livet. Da er det ikke unaturlig at det kommer nye tanker om seg selv eller sin

egen kropp, og en kan føle seg redd og utrygg i et intimt møte med andre mennesker. Det kan dukke opp tanker om hvordan partneren vil reagere når sykdommen har satt synlige eller merkbare spor etter seg. (Kreftforeningen, u.å)

2.3 Stomi

Stomi er en kunstig kroppsåpning som fungerer som erstatning eller avlastning for tarmen eller urinveiene (Stubberud et al., 2017, s. 523). De tre vanligste typer stomi er kolostomi, ileostomi og urostomi. Stomien kan være midlertidig eller permanent alt etter funksjon.

2.3.1 Ileostomi

Den vanligste typen stomi i tynttarm er permanent ileostomi. Ved en slik stomi kuttet tarmen tvers av og den avsluttende enden av tarmen vrenses og blir ledet ut gjennom en åpning i buken, hvor den vanligvis sys fast på nedre høyre side av magen. Den vanligste årsaken til utlagt tynttarm er betennelsesykdommene ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Avføringer vil ha en tyntflytende eller grøtete konsistens og inneholde enzymer som er svært hudirriterende. Kontinuerlig tømning fører til at det tømmes ut mellom 600 og 800 ml i døgnet fra stomien. Det er fare for lekkasje ved stomi i tynttarmen grunnet den tyntflytende konsistensen, derfor bør stomien være utlagt 3-4 cm ut fra huden. Det fins også midlertidig og avlastende ileostomi som først og fremst blir brukt hos pasienter med kreft i endetarmen. (Stubberud et al., 2017, s. 520)

2.3.2 Kolostomi

Kolostomi er stomi som er lagt ut fra tykktarmen. Den vanligste årsaken til at pasienter får lagt ut tykktarmen er kreft. Medfødte misdannelser, skader og kronisk obstipasjon kan også være indikasjon for å legge ut nederste del av tykktarmen. Denne typen stomi legges vanligvis ut på venstre side av magen, og står 1-2 cm ut fra huden. Tarminnholdet vil normalt være fast, og det er liten fare for avføring på huden rundt stomien. (Stubberud et al., 2017, s. 522)

2.3.3 Urostomi

Åpning fra urinveiene kalles urostomi. Årsaken til utlagte urinveier er vanligvis kreft i urinblæra. En vanlig form urostomi er ileumblære. Enden av urinlederne blir på denne måten sydd sammen med et stykke tarm, og den andre delen føres ut på magen. Stomien må være 3-5 cm lang for å sikre at urinen blir ført bort fra huden. Denne typen stomi plasseres på høyre side av magen. (Stubberud et al., 2017, s. 523)

2.4 Konsekvenser for pasientens grunnleggende behov ved stomi

Pasienters opplevelse av å få utlagt stomi kan være svært ulik. Om det er en planlagt eller akutt operasjon, alder, kjønn og personlighet kan ha stor betydning for opplevelsen. Det kan oppstå konsekvenser i forbindelse med eliminasjon, personlig hygiene, ernæring og psykososiale behov ved utleggelse av tarm. (Stubberud et al., 2017, s. 523)

Tarminnholdet kan endre lukt, konsistent og farge ved utlagt stomi. Usikkerhet og redsel for lukt, lyd og lekkasje, samt tabu holdninger til urin og avføring kan føre til tap av selvbilde og nedsatt livskvalitet hos pasienter. Pasientene må ved flere typer stomier være mer bevisst over kosthold og ernæring. En ileostomioperert pasient trenger for eksempel inntak på omtrent 2 liter væske per dag, og bør oppfordres til inntak av mat som gir fastere tarminnhold. Hudproblemer ved stomi, som kontakteksem, sopp, sår, væskende hud er også vanlig. (Stubberud et al., 2017, s. 523)

Alle de nevnte komplikasjonene og konsekvensene kan være med på å påvirke pasientens psykososiale behov. Frustrasjon over tap av funksjon, og frykt for endret levesett og endret kropp og selvbilde er vanlige reaksjoner ved anleggelse av stomi. Pasienten kan oppleve en sorgreaksjon, men også føle å ha havnet i en livskrise. Noen pasienter undertrykker sine egne følelser, og neglisjerer sin stomi i kortere eller lengre tid. Det er viktig at sykepleiere reflekterer over pasientens reaksjoner og følelser, som kan føre til manglende evne til å ta til seg informasjon. Informasjonen må derfor tilpasses hver enkel pasient. (Stubberud et al., 2017, s. 524)

2.5 Sykepleiers funksjon

Sykepleiers ansvar og funksjon i møte med pasienten er mange. Norsk Sykepleierforbund presenterer oppdaterte yrkesetiske retningslinjer som belyser retten til faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og medbestemmelse. Videre beskriver retningslinjene viktige punkter som bør brukes i møte med pasienter som skal få eller har fått utlagt stomi. De beskriver blant annet sykepleiers ansvar til å understøtte håp, mestring og livsmot, samt ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal også støtte pasienten i å ta selvstendige avgjørelser, og forsikre seg om at gitt informasjon er forstått. (Norsk Sykepleierforbund, u.å)

Sykepleiere må være faglig oppdaterte for å kunne gi pasienter optimal informasjon og veiledning om stomi før og etter operasjon. Faglig forsvarlig sykepleie henger tett sammen med evnen til å informere pasientene om den pre og postoperative fasen, samt mulige konsekvenser av å få utlagt en stomi. I boka sykepleie og jus skrives det “...ved siden av å vite hvordan sykdommen generelt fremtrer mv., også være behov for å skaffe til veie informasjon om hvordan sykdommen arter seg for den konkrete pasienten” (Molven, 2017, s. 139). En må derfor tilpasse informasjonen etter pasientens forutsetninger og forløp, og ta hensyn til blant annet livssituasjon, alder og kjønn.

2.5.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en rett i forhold til at brukere og pasienter skal ha medvirkning i diskusjoner som angår hans eller hennes problem og behandlingsforløp. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, det vil si at tjenesteapparatet ikke kan velge om de er noe de ønsker å forholde seg til eller ikke. Fordelene med brukermedvirkning er at pasienter og brukere skal føle seg sett og tatt på alvor, helsepersonell må lytte til deres forslag og meninger i henhold til lovverket. Suksess i hjelpeprosessen er større om pasienten/brukeren har god innsikt i egen livssituasjon og sykdomsbilde. Det er pasientene som har kunnskaper om hvordan de best kan ivaretas i en sårbar situasjon, og hvilke utfordringer og eventuelle problemer som bør prioriteres i en eventuell individuell plan. Det er viktig at behandler har evnen til å lytte og være et medmenneske i behandlingsprosessen. (Helsedirektoratet, 2017)

2.6 Katie Eriksson og lidelse

Sykepleieteoretikeren Katie Eriksson beskriver tre typer lidelse, sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. De tre typer lidelse glir lett sammen, og en pasient kan føle på alle typer lidelse samtidig. Sykdomslidelse betegnes som den type lidelse som oppstår i forhold til sykdom og behandling. Lidelsen kan komme til uttrykk som fysisk smerte, eller sjelelig og åndelig lidelse. Den sistnevnte lidelsen forårsakes av at pasienten kan oppleve ydmykelse og skam i forhold til sykdom eller behandling. Skam og skyldfølelse i forhold til sykdommen kan også oppstå på bakgrunn av fordømmende holdninger hos helsepersonell, og denne formen omtales videre som pleielidelse. (Eriksson, 1995, s. 66-67)

Eriksson beskriver lidelse som en kamp og en sorgprosess som påvirker hele mennesket mentalt og fysisk. En kamp mellom det gode og det onde i menneskets liv. Kampen er for å kjempe men når den er på sitt mest intense kan mennesket mangle krefter til å kunne sin lidelse. Når kampen så er over, opplever ikke mennesket lidelse lenger for kampen er vunnet eller tapt. Eriksson hevder og at når mennesket lider og opplever tap, oppdager pasienten nye sider ved livet. Man kan i den forbindelse få et nytt syn på egen eksistens og verdsette det enn tidligere tok for gitt og komme styrket ut av lidelsen. (Kristoffersen et al., 2012, s. 249 - 250)

Sykepleiers møte med lidelse omhandler det å kunne ha evnene til å se lidelse og utvikle kunnskaper og ferdigheter til å lindre den. Det krever at en som sykepleier utvikler en oppmerksomhet og retter seg mot det lidende mennesket, at en klarer å se og reagere på det. Uavhengig av mennesket, sykdom eller årsak til lidelsen står sykepleier overfor det lidende mennesket. God sykepleie tilrettelegger og hindrer at lidelsen ikke oppstår, eller lindrer den ved å dekke pasientens grunnleggende behov. Å lindre lidelse krever at sykepleier setter seg inn i pasientens livssituasjon og åpner opp for en samtale om det pasienten er opptatt av. Det krever at sykepleier bruker seg selv og at pasienten føler seg ivaretatt og ikke opplever krenkelse. I startfasen av lidelse vil det å bidra til å bygge et trygt miljø rundt pasienten kunne gi trygghet og en god opplevelse. Hvis pasienten får veiledning og hjelp til å komme seg ut av sorg og tap vil han til slutt finne sin egen vei ut av krisen. (Kristoffersen et al., 2012, s. 251)

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

En metode er en fremgangsmåte som ligger til grunn for at vi skal løse ulike problemstillinger og komme frem til kunnskap. Valg av metode gir en betydning for hvordan problemstillingen blir presentert og fremstilt. (Dalland, 2017, s. 51)

Hovedsakelig blir det brukt kvantitativ metode eller kvalitativ metode i empiriske studier. Det kan og brukes en kombinasjon av disse to og. Valg av metode varierer i forhold til hvordan en ønsker å fremstille studien og hva en ønsker å undersøke.

Kvantitativ metode gir oss data i form av tall. Tallene gir oss en indikasjon av hvor stor prosentandel eller gjennomsnittstall av studien vi ønsker å undersøke videre.

Den kvalitative metoden angir opplevelser og sanser som ikke gir målbare enheter eller kan tallfestes. Det er en gunstig metode for å få en dypere forståelse i menneskers meninger og individuelle følelser ved en spørreundersøkelse. Det gir rom for bredere studie. Begge variantene av metode gir en indikasjon på bedre forståelse av hvilket samfunn vi lever i, og hvordan ulike menneskegrupper, enkeltindivider og institusjoner handler. (Dalland, 2017, s. 52)

3.2 Søkeprosess

Vi ønsket fra start å skrive om seksualitet og stomi. Vi formulerte en problemstilling, og begynte søkeprosessen for å finne relevante artikler for å besvare denne. Da vi ikke var i stand til å finne artikler som belyste problemstillingen på en optimal måte, endret vi hovedfokuset i oppgaven. Vi utvidet dermed søket vårt innen stomi, og fant videre en ny problemstilling og relevante artikler til denne.

3.2.1 Valg av søkestrategi

Vi avgrenset søket vårt ved å ha flere kriterier til resultatene, vi ønsket artikler publisert etter 2011, engelskspråklige, forskning utført i Europa, og fagfellevurderte vitenskapelige artikler. De fleste av artikler produseres på engelsk, det var derfor naturlig å bruke engelske søkeord i engelske databaser. Vi inkluderte også artikler som hadde en kvalitativ tilnærming.

3.2.2 Valg av databaser

For å komme frem til de valgte forskningsartiklene brukte vi den engelskspråklige databasen Cinahl. Vi forsøkte også å finne relevante artikler gjennom databasen Svemed+, men var ikke i stand til å finne noen som passet vår hensikt. Andre databaser som gir tilgang til helsefaglige forskningsartikler er British Nursing Index, Academic Search Premier og Idunn. Gjennom databasen Cinahl fikk vi flere gode treff på relevante empiriske studier, dermed ble alle fire valgte artikler hentet fra den. Vi fant de nevnte databasene gjennom Universitetet i Stavanger sin nettside for biblioteket.

3.2.3 Valg av søkeord

Vi avgrenset søket gjennom å bruke relevante søkeord. Vi ønsket å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe og veilede pasienter med nyanlagt stomi i sin nye livssituasjon. Derfor ble søkeordene “sykepleier, stomi og livssituasjon” ansett som gode søkeord for å finne relevante artikler. Som følge av bruk av den engelske databasen Cinahl, ble det benyttet engelske søkeord for å utvide søket. Vi kombinerte ulike søkeord som “stoma, ostomy, permanent, patient experience, healthcare experience, qualitative, surgery, nurse role, nurse, life quality, self care, healthcare” og brukte “and” mellom forskjellige kombinasjoner.

For artikkel nummer en ble søkeordene “patient experience and stoma and self care” kombinert. Dette søket resulterte i tolv forskningsartikler. For artikkel nummer to ble søkekombinasjonen “healthcare experiences and stoma”. Her fikk vi treff på fire artikler. Søkeordene “ostomy or stoma and education or knowledge and permanent” resulterte i seksten artikler, hvor artikkel tre ble valgt ut fra. Artikkelen fire ble valgt av femtittre artikler etter en kombinasjon av søkeordene “life quality or quality of life or wellbeing and ostomy or stoma”. Antall artikler som er presentert over, var et resultat av søkekombinasjoner samt andre eksklusjonskriterier beskrevet under “3.2.1 valg av søkestrategier”.

3.2.4 Valg av artikler

Vi valgte artikler utelukkende med kvalitativ tilnærming som metode. Vi mener denne metoden egner seg godt til å belyse den problemstillingen vi har valgt. Ved valg av artikler, ble derfor artikler som hadde en kvantitativ tilnærming ekskludert. Forskningsartikler fra Europa var ønskelig, og derfor ble flere artikler valgt bort. Artikkelen “Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period” er fra Asia, vi valgte likevel å inkludere denne på bakgrunn av dens relevans for å belyse den valgte

problemstillingen. For å vurdere forskningsartiklenes gyldighet og holdbarhet vurderte vi om de fulgte krav om form og innhold etter IMRaD-strukturen. Denne oppbyggingen innebærer innledning, metode, resultat og diskusjon og er en vanlig måte å formidle forskning på (Dalland, 2017, s. 163). Vi utførte sekundærsøk på forskere og kilder for å vurdere artiklenes troverdighet, samt tidsskriftet artiklene var publisert i. De fire artiklene vi valgte oppfylte de fleste krav, de er ikke eldre enn 9 år, de har en kvalitativ tilnærming, IMRaD-struktur og tre av artiklene er fra Europa. Artiklene hadde også blitt etisk godkjent, og hadde heller ingen interessekonflikter. I tabell 1 nedenfor vises en oversikt over de fire valgte artiklene.

Forfatter, årstall, land:	Hensikt:	Perspektiv:	Metode:	Database:
Forfatter(e): Siew Hoon Lim, Sally Wai Chi Chan, Hong-Gu He Tittel: Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period. Årstall: 2015, Singapore Tidsskrift: Cancer nursing	Hensikten med studien er utforske pasienters egne erfaringer og den individuelle påvirkningskraften stomien har gitt på livskvaliteten. Undersøker behov og faktorer som blir påvirket.	Pasient	Kvalitativ tilnærming. Semistrukturerte intervjuer gjennomført med 12 pasienter på en postoperativ gastro avdeling på sykehus i Singapore. Data ble samlet over 1 måned. Tematisk analyse ble anvendt.	Cinahl
Forfatter(e): Gabrielle Thorpe, Margaret McArthur, Barbara Richardson Tittel: Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration Årstall: 2013, Storbritannia Tidsskrift: International Journal of Nursing Studies	Hensikten med studien var å undersøke den individuelle opplevelsen av å leve med en ny stomi og interaksjoner med helsetjenester over lengre tid for å opplyse helsepersonell om resultatene.	Pasient og helsepersonell	Kvalitativ tilnærming. Fenomenologisk metodikk. Åpent en til en intervju som hadde varighet på 35-90 minutt. Intervju av 12 personer med ny stomi, fortrinnsvis 3, 9 og 15 måneder etter operasjon. 10 helsepersonell ble også intervjuet for å gi tilleggsdata.	Cinahl

<p>Forfatter(e): Anne Kjaergaard Danielsen, Erik Elgaard Soerensen, Kirsten Burcharth, Jacob Rosenberg</p> <p>Tittel: Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy</p> <p>Årstall: 2013, Danmark</p> <p>Tidsskrift: J Wound Ostomy Continence Nurs</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke innvirkningen på dagliglivet hos pasienter med permanent stomi, for å få bedre innsikt i hva de trenger av stomi - relatert informasjon og veiledning.</p>	Pasient	<p>Kvalitativ tilnærming. Gruppeintervju gjennomført i en kirurgisk avdeling på et sykehus i København. Data ble samlet over 2 måneder. 15 pasienter med permanent stomi ble intervjuet.</p>	Cinahl
<p>Forfatter(e): Fiona Davidson</p> <p>Tittel: Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates</p> <p>Årstall: 2016, Irland</p> <p>Tidsskrift: British nursing journal</p>	<p>Hvordan påvirker en anleggelse av stomi den enkeltes livskvalitet.</p> <p>Hensikten var å undersøke hvordan stomi påvirker personers liv og hvilke komplikasjoner de opplever.</p>	Pasient	<p>Kvalitativ tilnærming Spørreskjema med 16 spørsmål relatert til generell demografi og 20 spesifikke spørsmål om individuell tilpasning av stomien.</p> <p>Studien er knyttet til fysiske, psykologiske, sosiale og det åndelige velværet.</p>	Cinahl

Tabell 1

3.3 Analyse av artikler

Å analysere studier som har blitt gjort innebærer det å danne seg et nytt helhetsbilde basert på de utvalgte forskningsartiklene (Friberg, 2017, s. 135). For å analysere forskningsartiklene vi har valgt ut har vi anvendt metasyntese. I metasyntese blir data sammenliknet, analysert og tolkningen fra tidligere publiserte forskningsartikler (Friberg, 2017, s.130). Vi startet med å et systematisk litteratursøk i databaser. Studiene vi valgte ble lest gjennom flere ganger for å bli kjent med innholdet. Etter å ha vært inneforstått med studienes innhold, hensikt og resultat satte vi sammen resultatene til de ulike studiene og sammenliknet de. Deretter ble resultatene sortert og satt i hver sin hoved kategori. Hver kategori ble presentert og funnene fra studiene ble fremstilt. Hensikten var å skape en ryddig og oversiktlig resultatdel for leseren.

4.0 RESULTATER

4.1 Seksuell dysfunksjon

I studien til Davidson (2016, s. 8) tar deler av studien for seg seksuell dysfunksjon hos stomi opererte pasienter. Den viser at over halvparten av mennene som har vært med i undersøkelsen har svart at de har problemer med erektil dysfunksjon. Av 186 deltakere, svarte 77% av de var seksuelt aktive før de fikk anlagt stomi, og 18% sa at de ikke var det. Av de som svarte på undersøkelsen var det 30% som ikke hadde gjenopptatt sin seksuelle aktivitet siden de ble stomiopererte. 16% sa at de ikke hadde tilfredsstillende seksuell aktivitet, og 81% svarte at de hadde det.

[...]Many health factors can be involved in ED, including diabetes and heart disease, and it has been suggested that sexual function can be worse for those who have had a stoma formed owing to colorectal cancer than those who have stomas formed for other reasons (Reese et al, 2014). While it is known that surgery such as an abdomino-perineal excision of the rectum and treatment with radiation can cause nerve damage, only 21 of the 101 men who responded gave a diagnosis of cancer as the reason for their surgery. (Davidson, 2016, s. 10)

4.2 Videre oppfølging

Resultatene som kom frem i studien til Davidson (2016, s. 6) viser at 46% av 254 opererte pasienter ikke blir fulgt opp i hjemmet etter hjemkomst fra sykehusoppholdet. 95% som fikk denne oppfølgingen etter utskrivelse opplevde det som nyttig. Det blir påpekt at utfordringer og spørsmål oftest dukket opp når pasientene kom hjem og skulle tilbake til vanlig hverdag.

I studien til Thorpe et al. (2013, s. 384) kom det frem at avdelingssykepleiere og kirurger hadde forsikret deltakerne om god oppfølging i hjemmet. Deltakerne opplevde derimot at forventningsnivået ikke ble innfridd, og omfanget hjelp fra helsevesenet var mindre enn hva de hadde hatt behov for.

4.3 Å føle seg annerledes

Gjennom studien “learning to live with a permanent intestinal ostomy” (Danielsen et al., 2013) blir det diskutert rundt det å føle seg annerledes. Studien belyser spørsmål rundt grenser, kontroll, praktisk håndtering og avsløring av stomi. Flere av deltakerne uttrykte bekymringer rundt avsløring av stomien, om personer kunne se og om det kom lukt fra stomien. Respondentene unngikk å gå med klær som kunne føre til at stomien kom til syne, og var bevisst ved fysisk aktivitet for å unngå avsløring. Behovet for kontroll beskrev de selv om de hadde en positiv opplevelse av det å leve med stomi, ofte i sammenheng med at andre ikke visste hva det var.

“... they do not know ... what a stoma is ... I did not [know] myself [before my surgery] ... so if we start telling anything about the stoma .. then you have to explain it all “ (Danielsen et al., 2013, s. 409)

I studien til Lim et al. viser pasientene til frustrasjon over sin egen livssituasjon som følge av stomien. Det er flere som opplever ubehag som følge av stomien på det psykologiske nivå. Prosessen i å ta vare på stomien påvirket pasientens væremåte i dagliglivet etter hjemkomst, og pasientene opplevde manglende kontroll over livet. Noen av pasientene kjente seg som en byrde for familien. Mange valgte å holde utfordringene og bekymringene for seg selv, for å ikke bekymre nære personer. De fleste opplevde de verste negative følelsene iløpet av de to til tre første ukene etter inngrepet. (Lim et al., 2015, s. 189-190)

...after my husband hears about such things, he is more scared. I feel that he is more nervous than me. That time, after the operation when I saw [my family] standing there, they seemed to be so afraid, so I don't really tell them much. (Patient 4). (Lim et al., 2015, s. 190)

4.4 Sykepleiers funksjon

Tre av deltakerne i studien utgitt av Danielsen et al. (2013, s. 410) beskriver følelse av trygghet gjennom å ha en fast sykepleier til oppfølging. De forklarte videre at denne sykepleieren fulgte de opp fra kirurgi til rehabilitering, og sørget for beroligelse rundt overgangen.

4.4.1 Helsepersonells kunnskaper rundt stomi

Det blir påpekt i studien som ble utført fra Lim et al. at kunnskapen til helsepersonell var begrenset i forhold til stomi. Pasientene hevder at de skulle ønsket et bedre system for oppfølging av pasientene etter operasjon og videre oppfølging etter hjemkomst. De foreslår og at en telefonsamtale etter utskrivning fra sykehuset kunne vært nyttig da mye av informasjonen som ble gitt blir vanskelig å ta innover seg. I forhold til det praktiske er gode brosjyrer en fordel å kunne få med seg hjem. (Lim et al., 2015, s. 190-191)

If we were to have a weekly call during the first 2 weeks...then it would be good. It's more like a follow-up until the patient and caregiver get used to [managing the stoma]. The booklet is more of a manual, with step-by-step instructions on how to change [the stoma bag], with lots of pictures and few wordings. (Patient 9). (Lim et al., 2015, s. 191)

Studien viser at pasienter ikke har vært godt nok forberedt på håndtering av stomien under innleggelsen på sykehuset. Før og etter inngrepet. Det påvirker deres kompetanse innen behandling av stomien etter utskrivelsen fra sykehuset. Det kan forårsake mentale og fysiske utfordringer med stomi dannelsen hos den enkelte. (Lim et al., 2015, s. 193)

4.5 Behov for informasjon og oppfølging

Tidspunkt og kvalitet på undervisning på sykehuset ble diskutert i gruppeintervjuet. Deltakerne uttrykte at undervisningen de hadde fått før kirurgi ikke samsvarte helt med forventningene. Deltakerne beskrev et annet behov for informasjon etter de hadde kommet hjem, og skulle tilpasse seg samfunnet med en stomi. (Danielsen et al., 2013, s. 410)

“I felt a little like I could not imagine it [the ostomy] before I had it. And in the end when I had it, I could much better understand things....” (Danielsen et al., 2013, s. 410)

Videre støttet deltakerne en gruppebasert undervisning og prosess. De anbefalte metoder hvor det ble diskutert håndtering av fremtidige situasjoner, gjerne med tilgang til en lekmann. Respondentene hadde også ønsket seg kirurgisk utfall, stomi konstruksjon og mulige problemer presentert nærmere virkeligheten. (Danielsen et al., 2013, s. 410)

Now I see that everyone has problems, and I was no exception. So it could not be right that I was the exception. And I do not understand why they [physicians and nurses] convinced me that I was. But now I know that I am normal..... (Danielsen et al., 2013, s. 410)

Det blir gitt mye informasjon til pasienten over kort tid under sykehusinnleggelsen, og det er derfor ofte behov for gjentakelse. Studien til Davidson (2016, s. 9) viser at flertallet gjorde endringer i kostholdet etter å ha fått stomi. Mer en 27% av deltakerne som er med i studien oppgir at de unngår å spise grønnsaker og 32% ikke spiser frukt, da de opplever negativ innvirkning på tarminnholdet og funksjonen av stomien.

“NHS LiveWell campaign recommends that people should eat at least five portions of fruit and vegetables a day to reduce the risk of conditions such as heart disease, stroke and certain cancers (Department of Health, 2003).” (Davidson, 2016, s. 9)

Artikkelen utgitt av Thorpe et al. tar også for seg dette temaet. Pasientene fikk frem at det var viktig for de å vite hva som var forventet i forhold til egen oppførsel og deres fysiske gjenoppretting. Noen av deltakerne hadde opplevd at funksjonen av stomien samt utseende ikke samsvarte med deres forventninger. Dersom informasjonen deltakerne hadde fått samsvarte med virkeligheten, ble det generert tillit til helsepersonellet. (Thorpe et al., 2013, s. 384-385)

4.5.1 Utilstrekkelig informasjon før inngrepet

Første tema som blir tatt opp i studien som ble utført av Lim et al., er aksept og ledelse av stomi i den postoperative fasen. Flere av pasienten som deltok i undersøkelsen mente at informasjonen om stomi som ble gitt i forkant av operasjonen var mangelfull og utilstrekkelig. De skulle ønsket å ha mottatt mer informasjon om stomi før operasjonen. Informasjon om stomiens utseende, ulike typer poser og utstyr og pleie av selve stomien. (Lim et al., 2015, s. 188-189)

“[...] because at that point of time, your mental thinking is not there, your method of reasoning, analyzing, and thinking is not there. You are suffering from the major operation, pain, the wound bag, urine bag, stoma bag, the drips [...]” (Lim et al., 2015, s. 188)

“...during the 2 to 3 weeks (after discharge), we have a lot of questions which only come up when we start to do [stoma care on our own], questions that we need to ask. (Patient 9)” (Lim et al., 2015, s. 189)

I studien utgitt av Thorpe et al. (2013) ble preoperativ informasjon og kommunikasjon høyt verdsatt. Pasientene følte seg uforberedt på livet med stomi uten denne preoperative utdanningen, en pasient beskriver sin kunnskap om stomi som:

“i knew that the bowels come through on the outside but I didn't really understand anything else about it because nothing else had been discussed” (Thorpe et al., 2013, s. 385)

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Artiklene vi valgte gjennom søkeprosessen er skrevet på engelsk. Dermed måtte vi oversette studiene selv til norsk. Vi har med våre forutsetninger gjort en grundig oversettelse, men kan likevel ikke utelukke at noen oversatte setninger kan ha mistet hovedessens i denne prosessen. I en slik prosess er det fare for at tolkningen på studiene varierer til en viss grad.

5.1.1 Land og sted for studiene

De valgte studiene ble gjennomført i Singapore, Irland, Storbritannia og Danmark. Det kan ses på som en svakhet siden ingen av artiklene er gjennomført på norske sykehus, samt som en styrke da det vises at dette er en hensikt som blir belyst rundt over hele verden.

Forskningen tar og for seg ulike aldersgrupper og kjønn, som vises at det er en aktuell hensikt for de fleste med anlagt stomi uavhengig av minoriteter, religion, alder og kjønn. Vi ser at dette er forskning som kan være aktuelt for norsk helsevesen da studiene er utført fra personlige perspektiv fra pasienter med anlagt stomi, og utført i land som har etablert helsetjeneste.

En mulig svakhet i oppgaven er valget av en artikkel som hadde studiens gjennomførelse fra Asia. Vi fant artikkelen likevel brukende på bakgrunn av gode og konkrete beskrivelser av pasientenes individuelle opplevelser. Deltakelsen var anonym, noe som kan gi større rom for åpenhet i undersøkelsen rundt det som kan være vanskelige tema og spørsmål.

Kulturforskjeller er blant annet noe som kan påvirke svarene i en slik undersøkelse. Variasjon fra kultur til kultur og hva som regnes som uhøflig væremåte. Det vi ikke vet er hvordan kulturforskjellene er i Asia kontra Europa. Det kan være med på å avgjøre utfallet. Før undersøkelsen forårsaket det at deltakerne kunne skrive og snakke enten engelsk eller mandarin, slik det ikke blei mistolkninger med tolk. Derfor antar vi at studien er troverdig og korrekt.

Som sted for gjennomføring av studiene var pasientundersøkelser fra sykehus ønskelig. Studien "Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period" ble gjennomført på en nedre gastrologisk avdeling ved sykehuset i Singapore der pasienter ble intervjuet i den postoperative fasen (Lim et al., 2013). Studien til Danielsen et al. (2013) ble også gjennomført på samme sted, en kirurgisk avdeling på sykehuset i Capitol

Region, som tilhører universitetet i København. Samtidig som vi valgte studier der forskningen ble gjennomført av medlemmer i Ileostomy Association (IA), som er brukt i “Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates”. Da får vi bredere innsikt i pasientenes livsendring og deres fysiske og psykologiske endringer med det å få anlagt en stomi. I den siste studien som ble utgitt av Thorpe et al. (2014), ble forskningen utført gjennom både pasient og helsepersonells perspektiv på et distriktssykehus i England. Alle de deltagende pasientene gjennomførte intervjuet i hjemmet, helsepersonell valgte derimot å gjøre det på arbeidsplassen og et fåtall utførte den hjemme. Studien som er gjennomgått her er hentet inn fra en rekke land og kontinenter som viser oss igjen den internasjonale karakteren til problemet som blir fremstilt i forskningen og hensikten i oppgaven.

5.1.2 Forskerne og informantenes bakgrunn

Pasientene som ble intervjuet i de fire studiene, hadde alle fått anlagt stomi. Informantenes bakgrunn for å legge ut tarm var ulike, de fleste ble opprettet på grunn av inflammatorisk tarmsykdom og kolorektal kreft. Aldersgruppen for deltakerne i studiene var i gjennomsnitt rundt 60 år, med yngste deltaker på atten år og eldste på nittien. Alle studiene inkluderer både menn og kvinner. Studien til Lim et al. (2015) har også inkludert opplysninger om sivilstatus, i denne studien var elleve deltakere gifte og en var enslig.

Informantenes erfaringer med stomien var ulike. Noen av deltakerne hadde fått anlagt stomi for fire uker siden, i motsetningen til deltakerne i studien til Davidson (2016), hvor pasientene hadde en gjennomsnittstid for utlagt tarm på femten år. Ved å inkludere pasienter med ulike utgangspunkter med stomi, skapes det en bredere forståelse for problemstillingen som er valgt til denne oppgaven. De pasientene som har lang erfaring med deres stomi, har ofte andre tanker og bekymringer enn de som nylig har fått den anlagt.

Tre av studiene hadde under 20 deltakere, studien til Davidson (2016) tar derimot for seg 256 pasienter. Vi mener at vi med størrelsen på de ulike studiene får et godt inntrykk i hvordan pasienter med stomi opplever den pre og postoperative oppfølgingen og informasjonen. I tillegg ble helsepersonell inkludert i studiene til Thorpe et al. (2013), dette kan gi en bredere forståelse og flere synspunkter og erfaringer innen dette temaet.

Studiene hadde ingen eksklusjonskriterier i forhold til elektive eller akutte operasjoner. Reaksjoner og behov for informasjon kan være avhengig av type operasjon, og kan derfor anses på som en svakhet i disse studiene. På den andre siden kan det brukes som en styrke, da man får innsikt i både akutte og elektive pasienters erfaringer med informasjon og veiledning.

Studiens gyldighet baseres på forskernes faglige bakgrunn. Samtlige studier har forfattere med bakgrunn som helsepersonell. De hadde ulike doktor og mastergrader innen relevante fag. Noen av forfatterne hadde flere andre publikasjoner i samme kategori som de valgte artiklene.

5.1.3 Kvalitativ metode som tilnærming

Våre valgte studier har benyttet seg av en kvalitativ metode for å belyse sine problemstillinger. Vi mener at en kvalitativ metode er tilfredsstillende for deres studier, da hensikten med studiene er å innhente kunnskaper om pasientenes erfaringer og holdninger. Bruk av kvantitativ metode for å besvare problemstillingen hadde gitt en begrenset forståelse, overfladisk informasjon og avstand til pasientene som studeres. En kvalitativ metode gir en helhetsforståelse og dybde i teamet, samt nærhet til pasientene, som skaper et trygt miljø for å kunne snakke åpent. Studien til Lim et al. (2015) har som hensikt å undersøke pasientens individuelle erfaringer med utførelse av egenomsorg i forhold til stomien.

Alle studiene har som beskrevet en hensikt og problemstilling som ikke er målbar, og derfor mener vi kvalitativ metode alene er tilstrekkelig for å besvare både studiens og vår problemstilling. I ettertid ser vi med fordel kunne vi gått grundigere gjennom søkeresultatene for å finne nyest mulige artikler, da behovet for informasjon og utdanning kan ha endret seg med årene. De eldste artiklene vi har valgt er åtte år, og vi kunne derfor hatt strengere kriterier for årstall på publiserte studier. Flere ting kan ha endret seg gjennom de siste åtte årene, som tilgang på informasjon på internett og mer synlige støtteorganisasjoner. Vi har likevel valgt å belyse denne problemstillingen, da vi tenker behovet for fysisk informasjon fra helsepersonell fortsatt er svært viktig for å oppnå en trygghet mellom sykepleier og pasient.

Ved studiens gjennomføring har vi undersøkt hvordan forskere har kvalitetssikret studien og hvordan de etiske forholdene er ivaretatt. Det viser seg at det er forskjeller i hvor mye forhåndsarbeid det er gjort på utforming av de ulike spørreundersøkelsene i studiene, som er

beskrevet. I studien til Davidson et al. (2016) blei studien etisk godkjent av etikkomiteen Naas General Hospital, ved hjelp av de nasjonale retningslinjene. Spørreundersøkelsen var utført fullt anonymisert. Studien til Lim et al. (2015) har etisk godkjenning hentet fra institusjons komiteen, studiens hovedforsker kontaktet den ansvarlige sykepleier lederen for seksjon for å få videre godkjenning av avdelingssykepleier på nedre gastro kirurgisk avdeling, og få tilgang til pasientene. Pasienten får informasjon om prosjektet og får velge om det er noe de ønsker å ta del i. Pasientene ble rekruttert på frivillig basis, og studien lover konfidensialitet og anonymitet. Studien som ble gjort av Danielsen et al. (2013) viser at deltakerne som var med på undersøkelsen er rekruttert via stomiklinikken, der sykepleiere kontaktet de aktuelle deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene. Hvis deltakerne som ble valgt ut ønsket å være med fikk de en kort introduksjon om studien og dens formål. Studiens fremgangsmåte blir gjennomgått i samsvar med komiteen fra bio medisinsk forskningsetikk i København og fulgt deres retningslinjer.

Den siste studien som er anvendt i oppgaven er studien til Thorpe et al. (2014). Studien fikk samtykke fra den lokale Research Governance etiske komiteer, det står ikke anvendt noe i studien om anonymitet. Det er variasjon i utførelsen av spørreundersøkelsene, tre av fire studier er beskrevet at de er utført med full anonymitet. Vi setter oss mest kritiske mot studien til Thorpe et al. (2014) som ikke viser til dette. Fordelen med anonymitet i en slik spørreundersøkelse gir rom for større åpenhet mellom deltakerne. Det er samt utfør ulike spørreundersøkelser, blant annet så er det brukt gruppeintervju i studien til Danielsen et al. (2013), fordelen med det kan være at deltakerne samtykker til hverandres opplevelser og deler de med hverandre. Ulempen kan være om det er vanskeligheter for å åpne seg og deltakerne opplever det som ubehagelig.

5.2 Resultatdiskusjon

I kapittelet om resultatdiskusjon vil vi diskutere hovedfunnene våre fra resultatkapittelet i sammenheng med teori og egne erfaringer, og derfra begrunne faktorene vi mener har en innvirkning på hvordan sykepleiere kan bidra til optimal informasjon og oppfølging til pasienter som her, eller skal få anlagt stomi.

5.2.1 Informasjon og utdanning preoperativt

I studiene vi har undersøkt er det stort fokus på oppfølging og informasjon. Å forberede pasientene i forkant av et kirurgisk inngrep viser seg å være betydningsfullt for pasientene. For at pasienten skal kunne få tilstrekkelig informasjon og kunne forberede seg i forkant krever det at helsepersonell sine kunnskaper er oppdatert og til nytte for pasienten som skal få anlagt stomi. Det hevdes i studien til Lim et al. (2015) at informasjonen som ble gitt i forkant av operasjonen var utilstrekkelig og mangelfull. Samt studien til Danielsen et al. (2013) viser det seg at undervisningen de fikk i den preoperative fasen ikke sto til forventningene etter hjemkomst. Dette resulterte i at helsepersonells kunnskaper rundt stomi er mangelfulle på ulike plan. Når en skal få anlagt stomi blir det ofte gitt mye informasjon på kort tid. Det kan være utfordrende for pasienten å håndtere mye informasjon gjennom denne korte og sårbare tiden.

I teorikapittelet har vi beskrevet noen av de viktigste faktorene for å kunne gi tilstrekkelig informasjon til pasientene. Det er viktig at informasjonen er konkret og nødvendig, og at det ikke blir gitt mer informasjon enn nødvendig før operasjonene er gjort. Det kan med andre ord endre seg under selve inngrepet. I studien til Davidson (2016) forteller pasientene om at det blir for mye informasjon på kort tid og at det er behov for repetisjon. Det er da mest hensiktsmessig og dele opp undervisningen i ulike trinn. Denne antagelsen er basert på egne erfaringer fra praksis der vi får oppleve at pasientene er ofte i en krise og klarer ikke ta stilling til flere ting på en gang, det oppleves forvirrende og psykisk belastende. Det kan være en fordel å gi informasjon om hva en stomi er, hvordan den fungerer i praksis og hvordan den ser ut. Det kan også være en fordel for pasienten å få kunnskaper om ulike komplikasjoner, seksuell dysfunksjon og ulike typer utstyr etter hvert, men samtidig belyse de positive sidene med stomi.

For flere pasienter kan det føles som et stort nederlag, tap og skam å få anlagt en stomi. Som sykepleier er det vår oppgave å være tydelig på hvorfor og hvordan dette vil være til hjelp, enten som avlastning for en periode, permanent eller som en del av en behandling. Pasienter som er plaget med Crohns sykdom, vil i større grad oppleve en lettelse i livssituasjonene ved en stomi. Pasientene trenger kanskje ikke lenger å planlegge turer, handletur, ferier, besøk og lignende i forhold til hvor det finnes toalett. Menneskene som har vært plaget med en Crohns sykdom vil da oppleve å få større kontroll over sin egen eliminasjon og lære seg å håndtere

stomien. Det krever da god oppfølging og informasjon fra sykepleier. Sykepleier må ha kunnskaper og forutsetninger for å undervise pasienten til å bli selvstendig i håndteringen av stomien.

5.2.2 Videre oppfølging etter anlagt stomi

I studien til Davidson (2016) påpekes det at flere av pasientene som blir stomiopererte får oppfølging etter hjemkomst fra sykehuset. Pasientene som får dette tilbudet uttrykker at de synes det var nyttig, likevel er det større andel av pasientene som ikke får dette tilbudet ifølge studien. Dette kan skyldes flere årsaker. Med bakgrunn fra erfaring i praksis kan vi relatere dette til at det kan skyldes manglende kapasitet til å kunne følge pasientene ut hele behandlingsforløpet, eller at sykehuset ikke tilbyr denne tjenesten. Studien til Thorpe et al. (2013) viser til at avdelingssykepleier og kirurg bekrefter at pasientene får oppfølging i hjemmet etter utskrivelse, men at oppfølgingen pasientene fikk viste seg å ikke innfri forventningene de deltakerne hadde. Dette viser en forskjell mellom det legen sier og hva pasienten oppfatter, dette kan oppstå på bakgrunn av når informasjonen blir gitt, og på hvilken måte. Pasientene kan også ha skapt egne urealistiske forventninger som ikke er mulige for lege eller sykepleier å tilfredsstille.

For å sammenligne de aktuelle studiene med Norge, virker det til å være store forskjeller ved oppfølging. I Norge får alle pasienter med stomi økonomisk støtte gjennom å kun betale egenandel, utstyret til stomien vil være på blå resept. Ordningen er slik at en kan hente ut utstyr for opp til tre måneder om gangen (Norilco, u.å). Det finnes ulike tilbud, kurs og støtteordninger for pasienter med stomi i Norge. Dette krever at pasientene vet om tilbudet fra før, eller at de får informasjon fra sykepleier, lege eller likemenn for å benytte seg av de (Norilco, u.å). Det er derfor viktig at sykepleier har tilegnet seg kunnskaper om dette.

Som tidligere beskrevet i teorikapittelet har sykepleier ansvar for å være faglig oppdatert for å kunne gi pasientene faglig forsvarlig helsehjelp. Det henger tett sammen med det å gi denne informasjonen videre til pasientene, samt hjelpe og veilede til å ta selvstendige valg og at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, u.å). Helsepersonell må og ta utgangspunkt og tilpasse informasjonen i forhold til pasientens forutsetninger (Molven, 2017, s. 139). Vi ser gjennom studiene at det kan være en kombinasjon av manglende kunnskaper hos sykepleiere, og at tjenestetilbudet på oppfølging i hjemmet har forbedringspotensialet. Som vist i studien til Lim et al. (2015) viser pasientene frustrasjonen etter hjemkomst fra

sykehuset. Noen kjenner på en psykisk påkjenning som tærer på livskvaliteten. Pasientene kan føle seg og som en byrde for familien så de lar vær å dele tanker, følelser og utfordringer. På bakgrunn av egen erfaring og egne synsvinkler, kunne samfunnet forårsaket mindre grad av komplikasjoner, re innleggelses, depresjoner, stress og angst hos denne gruppe pasienter om de fikk oppfølging i hjemmet etter hjemkomst. Det kunne ha åpnet seg mulighet for pasientene å stille spørsmål som kommer senere når dagliglivet er i gang, og de skal prøve å gjenopprette sine daglige rutiner så naturlig som mulig. Det vises i studien til Danielsen et al. (2013) at en oppfølgingsplan i forløpet hjelper pasienten på å føle seg trygge og ivaretatt når de har en fast sykepleier som følger de opp fra kirurgi og videre i rehabiliteringsfasen. Det vil og kunne gi sykepleieren mulighet til å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg.

5.2.3 Seksuell dysfunksjon

Studien til Davidson (2016) belyser viktigheten av god informasjon om seksuell dysfunksjon både før og etter operasjon. Studien viser at 50% av de 101 deltakende mennene hadde opplevd erektil dysfunksjon etter operasjon av utlagt stomi. Det tas ikke opp om dysfunksjonen var som følge av psykososiale eller fysiske faktorer, men en kombinasjon av disse er ikke utenkelig. Som tidligere beskrevet i teorikapittelet kan fysiske årsaker hos menn skyldes nerveskader, som videre kan føre til manglende eller smertefull ejakulasjon. Hos kvinner kan tørre slimhinner, manglende orgasme eller smertefullt samleie være realiteten ved skader på nervene (Stubberud et al., 2017). I lys av den store andelen pasienter i studien Davidson (2016) som hadde opplevd erektil dysfunksjon og teori om fare for nerveskader som følge av stomioperasjon, ser vi at det kan være viktig og forberedende med et samarbeid med andre yrkesgrupper. En dialog med yrkesgrupper som har god erfaring med sexologisk rådgivning, kan muligens heve kompetansenivået hos sykepleiere innen dette.

Psykologiske faktorer som endret selvbilde, og det føle seg annerledes kan også påvirke pasientens seksuelle opplevelse. Studien til Lim et al. (2015) og Danielsen et al. (2013) peker på noen sentrale utfordringer når det gjelder kontroll over livet og avsløring av stomien. Dersom pasientene har en konstant bekymring og frykt for avsløring på grunn stomiens utseende, lukter og lekkasje ved et samleie, kan impotens og tørre slimhinner være et faktum. Den vanligste årsaken til utlagt ileostomi er på bakgrunn av plager som følge av betennelsessykdommer i tarmen (Stubberud et al., 2017). Med bakgrunn av hvilke plager

denne pasientgruppen har hatt før de har fått utlagt stomi, kan problemer med seksuell dysfunksjon kanskje ikke være sammenlignbart med smerter og utfordringer de har hatt før. Selv om artiklene vi har valg ut belyser pasienters og helsepersonells utfordringer rundt utleggelse av tarm, er det relevant å tenke over at operasjonen ofte kan være en lettelse for flere pasienter med kroniske smerter og hyppige toalettbesøk.

All informasjon trenger ikke å være god informasjon. Som sykepleier må en vurdere pasientenes livssituasjon, og tilpasse informasjonen ut fra dette. Alle har en seksuell helse, og gjennom både praksis og egne erfaringer har vi erfart dårlig fokus på seksuell helse og seksuell dysfunksjon som følge av sykdom og behandling. Også gjennom sykepleierstudiet har det gjennomgående vært lite fokus på dette temaet. Det kan tenkes at manglende kunnskaper om seksuell dysfunksjon kan være en årsak til lite fokus på dette. Som nevnt i teoridelen har sykepleiere et ansvar for å ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u.å), og vi tenker derfor det er viktig å belyse viktigheten av fokus på seksualitet. I dokumentasjonssystemene for rapportskriving i sykehuspraksiser tar en utgangspunkt i tolv punkter, der seksualitet og reproduksjon er ett av dem. Under dette punktet har vi erfart at det vanligvis blir rapportert om pasientens sivilstatus, og eventuelt antall barn, eller at det blir stående uten anmerkning. Dette kan tyde på at seksuelle problemer og seksuell dysfunksjon ikke blir anerkjent som en følge av sykdommen eller behandling. Ved en innkomstsamtale kunne dette punktet vært en gylden mulighet til å snakke med pasienten om han eller hennes tanker om, og opplevelser eller utfordringer med den aktuelle sykdommen og deres seksualitet.

5.2.4 Å føle seg annerledes

De psykiske forandringene og utfordringene blir tatt opp i alle de fire artiklene. Det kan som beskrevet tidligere i resultatkapittelet være den konstante frykten for å blottlegge stomien og posen, bekymringer rundt klesvalg og hvilke aktiviteter en bør unngå for ikke å avsløre stomien. Avsløring i form av lekkasjer og andre lukter kan også være et faktum. Som skrevet i teoridelen er det fare for lekkasje ved utleggelse av tynntarm på grunn av den tyntflytende konsistensen avføringen har (Stubberud et al., 2017). Det er viktig å informere pasienten om at lekkasje er en fare ved å ha utlagt tarm, og ikke presentere stomiens tilværelse som problemfri. I studien til Thorpe et al. (2013), ble det blant annet sagt av en deltaker at han ikke hadde fått presentert realiteten av å leve med en stomi, og at undervisningen ikke stod til

forventningene i dagliglivet. Det står ikke presisert i studien hva pasientene forventet av undervisning, men som beskrevet tidligere kan pasienten ha urealistiske forventninger, som dermed kan føre til at pasienten ikke blir tilfredsstilt.

Som sykepleier er det like viktig å ha fokus på den psykiske delen rundt det å leve med stomi, som det praktiske. Ved informasjon og utdanning i forkant av operasjonen, burde en beskrive normale reaksjoner som kan oppstå i etterkant. Det er også noen pasienter som kan undertrykke sine egne følelser, og kan neglisjere stomien over kortere eller lengre tid (Stubberud et al., 2017). For å kunne se en bedre virkelighet og innsyn i hvordan livet med stomi er, og utfordringene det kan føre med seg anbefalte deltakerne i studien til Davidson (2016) en samtale med en lekmann. Å ha et samarbeid og samtale med personer som allerede lever med stomi tenker vi på som en stor gevinst for pasientene. Det kan resultere i en større åpenhet, og lavere terskel for å spørre om spørsmål pasientene ikke har ønsket å spørre helsepersonell om. Vi tenker at dette videre kan bidra til at pasientene blir bedre forberedt på den psykiske utfordringer, og tanken på at det er flere personer som har gjennomgått det de skal gå gjennom, og som fortsatt lever et fungerende liv.

5.2.5 Sykepleiers funksjon

I studien utgitt av Danielsen et al. (2013) beskriver flere deltakere en følelse av trygghet gjennom å ha faste sykepleiere å forholde seg til, og at det sørget for en beroligelse rundt overgangen. Vi har også gjennom egne erfaringer opplevd kronisk syke pasienter som forteller om godene av å ha en fast sykepleier ved veiledning og gjennom perioden med videre oppfølging. Gjennom å ha faste helsepersonell trenger ikke pasientene å føle at de må fortelle om hele deres livshistorie om og om igjen. Vi tenker derfor at ved å tilstrebe fast personal for denne pasientgruppen, kan gi videre gevinst i forhold til optimal informasjon og oppfølging av pasienter som har, eller skal få anlagt stomi.

En sykepleiers rolle hos denne pasientgruppen vil være å lindre og forhindre lidelse. Katie Erikssons (1995) teori beskriver lidelse som fysisk smerte eller åndelig lidelse. En god sykepleier bør kunne se og reagere på lidelse, eller lindre den ved å dekke pasientens grunnleggende behov. Lidelse kan i noen pasientsituasjoner forhindres gjennom gjennomtenkt informasjon og veiledning. Videre kan lidelse oppstå når en pasient ikke føler seg forstått og

hørt. Ved dårlig informasjon og veiledning fra sykepleier, kan blant annet pleielidelse og sykdomslidelse oppstå.

Brukermedvirkning er også en sentral del av sykepleiers funksjon ved dette temaet. Brukermedvirkning er også en lovfestet rettighet som skal sikre at pasientens meninger og forslag blir lyttet til (Helsedirektoratet, 2017). En pasient bør derfor selv få være med på å bestemme hvilken veiledningsform hun eller han har mest nytte av. Videre bør sykepleier tilstrebe å gi pasienten mulighet til å velge mellom de tilbudene sykehuset kan tilby, som gruppeveiledning, samtale med lege, sykepleier eller pasienter med erfaring med stomi. Samtidig er en del av sykepleiers funksjon å holde seg oppdatert om nytt utstyr, samt nye kunnskaper og forskning om temaet for å kunne tilby pasienten ulike valgmuligheter.

5.2.6 Konklusjon

Vi konkluderer dermed med at det er for dårlig oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra sykehus, samt manglende kunnskap og fokus på pasientens seksuelle og psykiske behov etter operasjon av stomi på bakgrunn av de fire valgte artiklene. Vi tenker at disse faktorene har betydning for pasientens helhetlige oppfatning av helsevesenet og helsepersonell, samt hvordan den nye livssituasjon møtes og oppleves for hver enkelt. Da vi ikke fant artikler som tok for seg studier i Norge, kan vi ikke behandle resultatene som at de er like som her. Derfor er konklusjonen begrenset til de landene studiene ble utført, som var England, Danmark, Singapore og Irland.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleiere har en viktig rolle, samt et ansvar som er viktig og helt avgjørende for oppfølging av pasientene, samt deres forutsetning for å kunne bli selvstendige med stomi. Sykepleiere må holde seg faglig oppdatert til enhver tid på kunnskaper og ferdigheter, de må også ha et tett samarbeid med andre profesjoner på tvers av avdelingene. Ledelsen har en stor innvirkning i utviklingen på avdelingene som skal være faglig forsvarlig. Normene skal kunne dekke slik at alt av lidelse skal unngås i høyest mulig grad og pasientene med anlagt stomi skal kunne få informasjonen og oppfølgingen de trenger for å kunne ha en optimal livssituasjon. Funnene vi har gjort i litteratur oversikten gir oss inntrykk av at det er forbedringspotensialer på flere av disse områdene.

Vi vil nedenfor presentere noen konkrete forslag som muligens kan bidra til optimalisering i praksis. Hensikten vil være hvordan sykepleiere kan optimalisere sin funksjon og bidra til en mer helhetlig og faglig forsvarlig sykepleie overfor pasienter med nyanlagt stomi. Som beskrevet i resultatdiskusjonen ser vi at oppfølgningssystemene i Norge trolig er bedre enn der studiene i de fire artiklene ble utført. Derfor vil de fire punktene under i hovedsak være avgrenset til de fire landene som ble inkludert. Høyere kompetanse, tettere samarbeid og engasjement fra ledelsen er likevel punkter som kan anvendes i alle instanser for å bidra til optimal informasjon til stomipasienter.

- Kompetanseheving hos sykepleiere som jobber med denne type pasientgruppe. Kompetanse i forhold til pasienters utfordringer etter anlagt stomi, med mer fokus på tabubelagte tema som seksualliv, dysfunksjon og selvbilde.
- Vi kan foreslå et tettere samarbeid mellom helsepersonell, likemenn og pasienter med nyanlagt stomi på bakgrunn av funnene i artiklene.
- Det kan også anbefales at ledelsen har større fokus på kontinuerlig oppfølging fra og med den preoperative fasen til og med rehabilitering, gjerne gjennom å tilstrebe å ha en fast sykepleier, dette basert på svarene til deltakerne i studiene.
- På bakgrunn av artiklene, stiller vi spørsmål om det bør utarbeides rutiner for videre oppfølging etter hjemkomst fra sykehuset i landene studien tok utgangspunkt i.

LITTERATUR

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademisk.

Danielsen, K. D., Soerensen, E. S., Burcharth, K. & Rosenberg, J. (2013). Learning to Live With a Permanent Inestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Education Needs. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 40(4), s.407 – 412.
<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e>

Davidson, F. (2016). Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *British Journal of Nursing*, 25(17), s. 4-12. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.17.S4>

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. TANO forlag.

Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB

Harbin, E. (2020). *Retningslinjer for oppgaveskriving*. Upublisert hefte for sykepleiestudenter. Stavanger: Universitetet i Stavanger.

Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). *Brukermedvirkning*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Kildekompasset. (u.å). Apa 7th. Hentet 27. april 2021 fra
<https://kildekompasset.no/referansestiler/apa-7th/>

Krabbe, S.H., Austrheim, A.I. & Ambrose, R. H. (2019). Stomi kan være ekstra utfordrende for unge. *Sykepleien*, Artikkel e-75395.
<https://sykepleien.no/forskning/2019/02/stomi-kan-vaere-ekstra-utfordrende-unge>

Kreftforeningen. (u.å.). Seksualitet, kropp og selvbilde. Hentet 12. april 2021 fra

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/>

Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2012). *Grunnleggende sykepleie Bind 2 (utg. 2).*

Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2012). *Grunnleggende sykepleie Bind 3 (utg. 2).*

Gyldendal Akademisk

Lim, H. S., Chan, C. W. S. & He, H. (2015). Patients` Experience of Performing Self-Care of Stomas in the Initial Postoperative Period. *Cancer nursing*. 38 (3), s. 185-193

<https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000158>

Meld. St. 24 (2019-2020). Lindrende behandling og omsorg: *En helhetlig tilnærming.*

Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal juridisk.

NFSS. (u.å.). *Seksualitet*. Hentet 6.april. 2021 fra <https://nfss.no/arkiv/sexualitet/>

Norilco. (u.å.). *Kurs, rehabilitering og andre tilbud*. Hentet 7.mai. 2021 fra

<https://www.norilco.no/informasjon/kurs-rehabilitering-og-andre-tilbud>

Norilco. (u.å.). *Stomi og trygdeytelser*. Hentet 7.mai. 2021 fra

<https://www.norilco.no/informasjon/rettigheter-stoetteordninger-og-hjelp/stomi-og-trygdeytelser2>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 27 april 2021 fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-

1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Stubberud, D., Grønseth, R. & Almås, H. (2017). *Klinisk sykepleie bind 1 (utg 5.)*.

Gyldendal akademisk.

Thorpe, G., McArthur, M. & Richardson, B. (2014). Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration.

International Journal of Nursing Studies, 51(3), s. 379 - 389.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.014>

VEDLEGG

Oversiktstabell over valgte artikler:

Artikkel 1:	Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period.
Tidsskrift (årstall):	Cancer nursing, 2015
Forfattere:	Siew Hoon Lim, Sally Wai Chi Chan, Hong-Gu He
Perspektiv:	Pasient
Problem:	Ved tap av viktige kroppsfunksjoner og endring i selvbilde, opplever pasienter med stomi fysiske og psykososiale forverringer i sin nye livssituasjon.
Hensikt:	Hensikten med studien er å undersøke pasientenes individuelle erfaringer med å utføre egenomsorg i forhold til stomi og den nye livssituasjonen i den postoperative fasen.
Metode:	Studien ble utført ved kvalitativ tilnærming. Intervju ble brukt som datainnsamling, 12 pasienter fra en nedre gastro avdeling på sykehuset ble intervjuet. Tematisk analyse ble anvendt. Spørsmålene i intervjuet var åpne, brede og generelle.
Resultater:	Denne studien resulterer i helsepersonells viktige rolle for å fremme og tilpasse preoperative og postoperative tilstedeværelse hos pasienter med nyanlagt stomi. Det utgjør hvilke forutsetninger, kunnskaper sykepleier har på de ulike områdene, fysisk, psykisk og sosialt. Forskningen viser nivået av hjelp og støtte sykepleiere tilbyr pasienten og viktigheten av å oppmuntre pasientene til å være selvstendige

Artikkel 2:	Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration
Tidsskrift (årstall):	International Journal of Nursing Studies, 2013
Forfattere:	Gabrielle Thorp, Margaret McArthur, Barbara Richardson
Perspektiv:	Pasient og helsepersonell
Problem:	Eksisterende forskning viser stor variasjon i hvordan individer opplever å leve med en ny stomi, men det er lite kjent om den individuelle opplevelsen av moderne helsehjelp fra pasientperspektivet.
Hensikt:	Å utforske den individuelle opplevelser av det å leve med en ny stomi og interaksjoner med helsetjenester over tid med formål å informere helsetjenester.
Metode:	Kvalitativ tilnærming. Eksistensiell fenomenologisk metodikk hvor 12 personer med stomi ble intervjuet. Ti helsepersonell ble også intervjuet. En-til-en utforskende intervju som varte i 35-90 minutt.
Resultater:	Tre temaer ble identifisert i denne studien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Betydningen av forholdet med helsepersonell 2. Betydning av å være forberedt 3. Evnen til å gjenvinne autonomi

Artikkel 3:	Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy
Tidsskrift (årstall):	J Wound Ostomy Continence Nurs, 2013
Forfattere:	Anne Kjaergaard Danielsen, Erik Elgaard Soerensen, Kirsten burcharth, Jacob Rosenberg
Perspektiv:	Pasient
Problem:	Manglende forskning på innvirkning av stomi i dagliglivet, og pasienters behov for informasjon og utdanning.
Hensikt:	Formålet med studien var å undersøke innvirkning av en permanent stomi i pasientens hverdag, og få innsikt i pasients behov for stomi relatert utdanning.
Metode:	Fokusgruppeintervjuer ble utført ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. 15 personer med permanent stomi ble intervjuet. Data ble samlet inn og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.
Resultater:	Pasientene opplevde opprettelse av stomi som følelse av stigma, bekymring om avsløring og et behov for kontroll og selvpålagte grenser. Deltakerne beskrev at de trengte å bli sett på som en hel person, og ha nær kontakt med helsepersonell. Pasientene foreslo gruppemøter etter sykehus utskrivning og at veiledning i forhold til å ha stomi ble utført i samarbeid med personer som allerede hadde stomi og lang erfaring med det.

Artikkel 4:	Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates
Tidsskrift (årstall):	British nursing journal, 2016
Forfattere:	Fiona Davidson
Perspektiv:	Pasient
Problem:	Pasienter som får anlagt stomi kan redusere den enkeltes livskvalitet og fremme stress.
Hensikt:	Hensikten var å finne ut hvorfor og hvordan stomien påvirket den enkeltes livskvalitet i Irland og få innsikt i hvilke komplikasjoner de opplevde.
Metode:	Metoden som ble brukt var spørreskjema. 16 spørsmål som omhandlet generelle spørsmål om stomi type, kosthold og om klesstilen ble endret på grunn av stomien. De 20 neste spørsmålene var i kategorien innstillinger av det å ha stomi, de 43 siste var tatt ut fra Modified City of Hope QOL ostomy questionnaire, de spørsmålene omhandlet hvordan de grunnleggende behovene blir tilfredsstilt, fysiske, sosiale, åndelige og psykologiske behovene. Det var 494 pasienter som valgte å delta på spørreskjema, de var alle en del av den irske ileostomi foreningen, og alle hadde stomi. I tillegg var det 101 andre pasienter med i undersøkelsen som og hadde stomi men ikke medlemmer av foreningen. Totalt av deltakerne var det 101 menn og 155 kvinner som deltok i undersøkelsen. Studien ble gjennomført anonymt. Data som ble hentet og analysert ved bruk av kvalitativ metode og SAS v9,2.
Resultater:	Resultatet viser at flere av de som var med i undersøkelsen byttet klesstil og endret kostholdet etter de fikk anlagt stomi. De pasientene som fikk oppfølging i hjemmet etter hjemkomst fra sykehuset tok dette som en positiv opplevelse. Resultatet viser at omtrent halvparten brukte ca 6 måneder på å gjøre seg komfortable med stomien. Det var omtrent halvparten som fortsatt var seksuelt aktive selv etter operasjonen, og flere formidler at stomien setter begrensninger for å være intim i variert grad. Flere av pasientene som deltok i undersøkelsen rapporterer at de har følt seg psykisk redusert i variert grad i tiden etter operasjonen.