
Emnenavn:
Bacheloroppgave i
sykepleie

Emnekode: SY180H 000

Innleveringsdato: 27.04.12

Tema: Stomi og mestring

Kandidatnummer: 250

Antall ord: 9194

Våren 2012

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
INNLEDNING	1
Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	1
Oppgavens hensikt	1
METODE	2
Kvalitativt intervju som metode	2
Kildekritikk	4
Forskningsetikk	5
TEORETISK REFERANSERAMME	6
Hva er en stomi?.....	6
Ulike typer stomi.....	7
Kroppsoppfatning og seksualitet.....	8
Mestring	9
Samhandling mellom sykepleier og pasient.....	11
Valg av sykepleieteoretiker.....	14
DRØFTING.....	16
Sykepleierens rolle for mestring	16
Sykepleierens pedagogiske funksjon	18
Sykepleieren må gå ut av komfortsonen	19
Det er forskjell på mestring mellom to grupper mennesker med stomi	21
Pasientens åpenhet om stomien og sosial støtte avgjør grad av mestring.....	23
KONKLUSJON	25
Litteraturliste	27
Pensumlitteratur:	27
Selvvalgt litteratur:	28

VEDLEGG 1. Tillatelse til innhenting av data

VEDLEGG 2. Intervjuguide

INNLEDNING

Hvert år er det mennesker som på grunn av skader eller sykdom, må få en kunstig åpning i abdominalveggen på operativt vis, for å lede avføringen ut. Denne erstatningen for vanlig tarmfunksjon kalles for en stomi. I Norge er det om lag 8- 10 000 stomiopererte mennesker(Christiansen, 2001).

Presentasjon av tema og problemstilling

Jeg har valgt å ta for meg temaet stomi og mestring. Problemstillingen som er utarbeidet til dette temaet er: ”Hvordan kan sykepleier i sykehus møte den stomiopererte pasients utfordringer til mestring av hverdag?”

Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt å fordype meg i temaet som omhandler det å ha en stomi, fordi jeg synes det er interessant å finne ut hvordan man som sykepleier kan hjelpe denne pasientgruppen til å mestre denne type kroppsforandring. Jeg vil også se på utfordringer pasienten kan oppleve i forhold til stomi. Jeg møtte denne pasientgruppen i praksis og syntes det var et interessant møte.

Avgrensning og presisering av problemstillingen

Når jeg sier jeg vil skrive om stomi, vil jeg begrense meg til stomi som omhandler tarmsystemet. Jeg ønsker ikke å velge ut en spesiell stomitype, men beskrive de mest vanlige typene tarmstomi. Jeg kommer til å skrive generelt om det å ha en stomi og hvordan sykepleier kan være med å bidra til mestring. Når det gjelder alder ønsker jeg å avgrense meg til den voksne pasientgruppen. Når jeg mener voksen pasient gruppe, mener jeg alderen 18år og oppover, både kvinner og menn. Jeg ønsker å holde meg til den fasen hvor pasienten har fått stomi og hvordan man mestrer den etter å ha kommet hjem fra sykehuset.

Oppgavens hensikt

Den ene hensikten med oppgaven er å gi meg som skriver og den som leser en økt forståelse av hva som kan være utfordrende og hvordan mestre sin tilstand med utlagt tarm. Den andre hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleierens møtende funksjon som medmenneske, pedagog og veileder i møte med denne pasientgruppen.

METODE

Metode er et verktøy som vi bruker til å finne relevant data om noe vi ønsker å undersøke(Dalland, 2007). Data er den informasjonen jeg søker for å kunne besvare oppgaven min. Innenfor samfunnsvitenskapen skiller man mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode tar sikte på å undersøke flest mulig forekomster, og deretter forme informasjonen om til målbare enheter, som for eksempel ved en spørreundersøkelse(Dalland, 2007). Den motsatte formen for metode er kvalitativ metode. Denne metoden tar sikte på å undersøke en mindre mengde forekomster, men går grundigere til verks i sin utvalgte mengde. Metoden går som sagt i dybden, og brukes for å karakterisere et fenomen. Hensikten med kvalitativ metode er å fange opp fenomener som opplevelser og meninger som ikke kan tallfestes eller måles, som ved kvantitativ metode(Dalland, 2007).

Kvalitativt intervju som metode

Jeg har valgt å bruke metoden kvalitativt intervju som framgangsmåte for å samle informasjon til å kunne løse denne oppgaven. Jeg valgte å bruke denne form for innsamlingsmetode, fordi det gir meg muligheten til å samle en beskrivelse i flere nyanser av informantens livsverden(Aadland, 2004). Måten sykepleieren møter den stomiopererte pasient på, og hennes egne opplevelser og erfaringer av hvordan pasienter i starten mestrer den nye hverdagen med stomi. Målet var å kartlegge sykepleierens egne meninger, hvilke tanker hun har, og hennes opplevelser i møte med stomiopererte.

Jeg valgte metoden fordi jeg mener en sykepleier med kompetanse og erfaring med stomiopererte mennesker kunne gi meg mye god informasjon som omhandler det tema jeg har valgt, og kunne svare på de spørsmål jeg lurte på. I tillegg vil informanten kunne bidra til et mer dyptgående syn på sykepleie til denne pasientgruppen. Jeg synes denne metoden er interessant og utfordrende, fordi den ga meg muligheten til å komme i direkte kontakt med feltet. Min innhenting av informasjon har ikke gitt meg den absolutte sannhet, fordi jeg kun har forholdt meg til informasjon fra kun en informant og hennes synspunkter. Likevel mener jeg mitt valg av metode gav meg best svar på mine spørsmål i forhold til min problemstilling som nok er ganske spesifiserte, og det hadde vært vanskelig å finne svar på disse spørsmålene andre steder enn med et kvalitativt intervju. Intervjuet har vært et viktig bidrag til å forstå

hvordan fenomenet blir møtt av denne sykepleieren. Jeg tror ikke disse dataene ville kommet klart nok frem ved hjelp av andre metoder, eksempelvis en spørreundersøkelse.

Jeg ønsket å gjøre intervjuet så uformelt som mulig, for at det skulle bli mer som en samtale mellom meg som intervjuer og informanten. Jeg valgte et slikt halvstrukturert intervju, for at informanten under samtalen kunne gjengi sine tanker så korrekt og upåvirket som mulig (Dalland, 2007).

Med dette utgangspunktet lagde jeg en intervjuguide, som min veileder fikk mulighet til å vurdere, korrigere og godkjenne i samarbeid med meg i forkant av intervjuet (vedlegg 2.). Guiden var basert på hvilke temaer jeg ønsket å ta opp med informanten. Jeg hadde fire temaer jeg ønsket å ta opp med åpne underspørsmål, som fungerte som en plan for intervjuet. Informanten fikk den utlevert i forkant av intervjuet, for at hun skulle få anledning til å forberede seg, og at jeg skulle få så gode, utfyllende svar som mulig.

Informanten møtte opp med intervjuguiden jeg hadde laget, som hun hadde fått noen dager i forveien. Hun hadde gjort seg notater, noe som signaliserte at hun tok intervjuet og oppgaven min på alvor. Vi satt på et møterom med rolige forhold rundt oss. Jeg opplevde informanten som imøtekommende og interessert i at jeg skulle få gode svar på spørsmålene.

Intervjuet fungerte som en dialog mellom informanten og meg, der vi snakket om de ulike temaene jeg hadde tatt opp i intervjuguiden. Jeg gav henne tid underveis til å få tenkt seg godt om og fikk gjengi det hun hadde å bidra med til hvert tema. Jeg stilte tilleggsspørsmål der jeg følte det naturlig, for at jeg skulle få bedre forståelse av det som ble sagt, eller for å få informanten til å utdype seg i noe. Som redskap for å sikre at jeg hadde fått med meg all informasjon under intervjuet, fikk jeg tillatelse til å bruke båndopptaker. Båndopptakeren gav meg også muligheten til å rette min oppmerksomhet på informanten, ved å lytte og skrive korte stikkord. Den gav meg også muligheten til å fange opp nyanser av stemmeleie og språk, som kan være til hjelp under analyse og bearbeidelse av intervjumaterialet.

Etter intervjuet transkriberte jeg intervjuet, fra lydopptak til papirform. Etterpå sorterte jeg temaene, og de svar jeg hadde fått på spørsmålene. Etter hvert kunne jeg se funn i forhold til problemstillingen, og velge ut det som vart relevant for å kunne svare på problemstillingen.

Vitenskapsteoriene fenomenologi og hermeneutikk er to forskjellige kunnskapssyn som ligger innenfor den kvalitative metode. Jeg har valgt å kombinere disse, fordi min oppgave omhandler fokus på hele mennesket, det mentale og fysiske ved individet, ikke bare den syke kroppsdelene og det direkte problem med den. Men for å kunne forstå helheten må jeg også kunne forstå de enkelte deler. I en fenomenologisk tilnærming er man opptatt av å finne kunnskap ved og utforske fenomenet selv, og målet er å la et fenomen stå frem på sine egne premisser, slik det fremstår for oss i førstepersonsperspektiv (Aadland, 2004). Har jeg kunnet velge selv, ville jeg ha ønsket å innhente informasjon gjennom pasienten selv om dens opplevelser og utfordringer i forhold til stomien. Da ville jeg uten forvrenging kunne beskrive opplevelsen slik den viste seg gjennom pasientens opplevelse.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og handler om hvordan man tolker og forstår et fenomen. Gjennom hermeneutikken prøver man å se forskningsproblemet i en helhet, og kunne ha fokus på hele menneskets perspektiv, og alle sider ved sykdommen (Dalland, 2007).

Videre brukte jeg litteraturstudie som metode for å skaffe mer oversikt over emnet. Til dette har jeg brukt søkemotorene BIBSYS og PUBMED for å finne forskningslitteratur som er relevant for min oppgave. Søkeordene jeg brukte som var viktigst var «stoma», «care», og «coping» både i kombinasjon og som enkeltøk. Den internasjonale forskningsartikkelen jeg presenterer er hentet fra PUBMED. Den nasjonale forskningsartikkelen er hentet fra bladet *Forskning* i Tidsskriftet Sykepleien. Der brukte jeg søkeordet salutogenese og fikk 11 treff. For å finne faglitteratur om min problemstilling, har jeg lånt litteratur fra biblioteket i form av bøker.

Kildekritikk

Mitt mål var å forholde meg til primærlitteratur når jeg skrev oppgaven, men noen ganger ble det for vanskelig på grunn av at jeg ikke klarte å finne frem til primærlitteraturen eller ikke har fått tak i den. Så noe sekundærlitteratur finnes i oppgaven. Når jeg skulle redegjøre for mitt valg av sykepleieteoretiker, har jeg forholdt noe til Joyce Travelbees egen bok fra 1999 om *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Men har også måttet bruke Marit Kirkevolds bok fra 1998, *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*, der hun har analysert Travelbees teori.

Dette brukte jeg som supplement for å få best frem hvilket syn hun hadde på sykepleie. I tillegg til Travelbees bok, er bøkene jeg har brukt mest Hallbjørg Almås sin bok fra 2001 *Klinisk sykepleie*, og Sidsel Tveitens bok fra 2009 *Pedagogikk i sykepleiepraksis*.

Klinisk sykepleie er skrevet av flere forfattere der H. Almås er redaktør. Boka består av mange kapitler om mange forskjellige sykdommer og behandlingsmåter. I denne boka har de tatt for seg et eget kapittel om stomi og sykepleie, av stomisykepleier og forfatter Cecilie Nilsen Aae. Her det står grundig hva en stomi er, hvilke typer man har, hvordan behandle pasienter med stomi og stomien selv. Det står også noe om psykiske reaksjoner på kroppsendringen og sykepleierens veiledende funksjon. Jeg synes dette kapittelet er innholdsrikt og har fungert som godt materiell til min teoridel i oppgaven.

Pedagogikk i sykepleiepraksis er skrevet av forfatter Sidsel Tveiten. Hun er førsteamanuensis ved høyskolen i Akershus. Jeg synes hun gir meg en grundig redegjørelse av veiledning, møte med pasient og mestringsstrategier.

Forskningsetikk

Innenfor forskning finnes det to typer fremgangsmåter, det er terapeutisk og ikke-terapeutisk forskning. Terapeutisk forskning tester ut medisinsk, psykologisk eller sykepleiefaglig behandling, og det antas at forsøkspersonene skal ha nytte av forskningen. Dette står i motsetning til ikke-terapeutisk forskning fordi den innebærer ingen helsemessig gevinst for forsøkspersonene (Slettebø, 2008).

Min oppgave innebærer ingen sykepleie- eller behandlingstiltak for forsøkspersonene, og vil derfor kalles for ikke-terapeutisk forskning. Mitt valg av kvalitativt intervju som metode, gjør at det stilles enkelte krav til meg som forsker, som innebærer forskningsetiske krav og hensyn. For å komme i kontakt med feltet jeg ønsket å undersøke, henvendte jeg meg til avdelingssykepleier ved forvalgt forskningssted per telefon. Jeg presenterte meg selv og fortalte om planen for fordypningsoppgaven min. Jeg opplyste om at jeg ønsket et intervju av kun en person, og gav informasjon om hvordan intervjuet kom til å bli gjennomført, og jeg anmodet om å bruke båndopptaker som verktøy. Deretter spurte jeg om jeg kunne få intervjuet en sykepleier på avdelingen som hadde kunnskap innenfor det område jeg ville forske på. Avdelingslederen var imøtekommende og ringte meg opp igjen etter å ha funnet den rette

informant for mitt forskningsfelt. Jeg søkte også tillatelse til innhenting av data gjennom skriftlig henvendelse til avdelingssykepleieren. Denne ble godkjent av både veileder og avdelingssykepleier før datainnsamlingen startet.

I forskningen er konfidensialitet og vern av opplysninger som omhandler personer svært viktig. Disse reglene er til for å skåne informanter for ufrivillig oppmerksomhet, og for å kunne innhente så korrekt data som mulig fra informanter (Slettebø, 2008). Dette kravet har jeg overholdt, ved å holde min taushetsplikt, anonymisert min informant og de data som er utlevert, og jeg har sikret at lydopptak og papirer fra intervjuet er lagt på et sikkert sted. Når oppgaven er levert inn, og karakteren for bacheloroppgaven er satt, kommer jeg til å slette alle data fra innsamlingen, som innebærer lydopptak og transkripsjon. Dette for å unngå at disse kildene kommer på avveie, eller at andre skal få tilgang til konfidensiell informasjon.

TEORETISK REFERANSERAMME

Hva er en stomi?

Ordet stomi kommer av det greske ordet stoma, som betyr åpning eller munn. I den medisinske sammenheng brukes ordet om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen. Det finnes flere typer stomier, og de har fått navn etter hvilket organ som er ført ut gjennom huden. Ved colostomi og ileostomi er det tykktarmen og tynntarmen som legges ut på magen (Aae, 2001).

Formålet med en stomi er å avlaste eller erstatte et sykt organ. En stomi mangler lukkemuskel, og man kan derfor ikke velge selv når avføringen skal komme ut. Ved hjelp av en oppsamlingspose for avføring som settes tett rundt stomien, vil avføringen samles i denne posen. Posen tømmes av personen etter behov (Aae, 2001).

De vanligste årsakene til at mennesker må legge ut tynntarmen eller tykktarmen, er kreft eller betennelsestilstander i tarmen. Ved tykktarmstomi er den hyppigste årsaken kreft. De mer sjeldne årsaker til at man må ha kolostomi, er skader, medfødte misdannelser, stråleskader og kronisk obstipasjon. En kolostomi kan også brukes som en midlertidig avlastning av tarmen etter vanskelige kirurgiske inngrep i påvente at noe skal leges (Aae, 2001).

Ved ileostomi er den vanligste årsaken kroniske betennelsestilstander i tarmen som sykdommene Morbus Crohns og Ulcerøs Colitt. Andre årsaker kan være mekaniske skader og fistler. Morbus Crohns er en betennelsestilstand som er mest vanlig i nederste del av tynntarmen, men kan angripe alle områder i fordøyelseskanalen. Betennelsen sitter i alle hudlagene i tarmen og gir sårdannelser og fortykninger i tarmen som kan komplisere slik at deler av tarmen må fjernes og en stomi må anlegges(Christiansen, 2001).

Ulcerøs kolitt er en blødende betennelse som kun opptrer i tykktarmens slimhinne, og gir sårdannelser og blødninger. Tilstanden gir ofte sterke smerter, avføringstrang, daglige diareer med slim og blod i avføringen (Christiansen, 2001).

Ulike typer stomi

En kolostomi er når man legger fram tykktarmen gjennom abdominalveggen. Det som kjennetegner en slik stomi, er at den har liten innvirkning på kroppens normale næringsopptak, fordi de fleste næringsstoffene rekker å bli tatt opp i kroppen allerede i tynntarmens øvre del før de vandrer videre til tykktarmen. Det vil si at avføringen hos mennesker med kolostomi har samme tykke konsistens og den karakteristiske lukt og gassdannelse med avføringen, som hos mennesker med normal tarmfunksjon. Siden konsistensen på avføringen er tykk, vil risikoen for at tarminnhold skal komme på huden rundt stomien være liten, og huden har større sjans for å holdes hel og ren. Derfor blir denne type stomi lagt ut med kun cirka 1 til 2 cm lengde over huden (Aac, 2001).

En ileostomi er når man legger fram den nederste delen av tynntarmen, ileum, gjennom abdominalveggen. Det som kjennetegner en ileostomi er at næringsopptaket fortsatt er intakt, men derimot ikke væske- og saltopptaket. Derfor vil avføringen hos mennesker med ileostomi være tyntflytende eller grøtet i konsistens. Avføringen i denne delen av tarmen inneholder også fordøyelsesenzymene som spalter stoffer i proteiner. Disse enzymene er svært hudirriterende og risikoen er stor for at området rundt stomien blir sårt og kan blø lett. Tømming av tynntarmen skjer kontinuerlig og øker i intervall ved matinntak. Risikoen for lekkasje av tarminnhold er mye større med en ileostomi på grunn av konsistensen. Derfor lages lengden på denne stomien lengre, cirka 3 til 4 cm ut av abdomen, for å kunne

sikre seg at tarminnholdet kan holdes bedre under kontroll ved å passe godt ned i tømmeposen(Aae, 2001).

Kroppsoppfatning og seksualitet

Det å vite at man skal få en stomi, oppleves for mange som skremmende og er forbundet med usikkerhet. Pasienten som rammes må konfronteres med en ny hverdag der det har blitt en stor forandring i en kroppsfunksjon som man normalt sett ikke ville ønske å justere livsførselen sin etter. Magens utseende forandres, man får en åpning på magen, samtidig som man mister kontrollen over avføring og tarmgasser. Vanlig folkeskikk forventer at man opptrer renslig, og at vi holder lyder og lukter for oss selv. For mange som taper akkurat denne kontrollen, føles det nedverdiggende og som et tilbakeskritt. Tabuholdninger i samfunnet forsterker disse følelsene. De fleste stomiopererte må jobbe seg igjennom vonde følelser i forbindelse med at kroppen er blitt forandret. Det kan ta lang tid og kreves egeninnsats og støtte fra de nære rundt den rammede. Etter hvert klarer de fleste å godta og akseptere forandringen og klarer å leve et godt liv(Aae, 2001).

Pasienter som er rammet av tarmsykdom eller kommet så langt at de har måttet få en tarmstomi, opplever ofte seksuelle og parforholdsmessige problemer. Det er derfor vesentlig å gjøre seksualiteten til et legitimt tema i rådgivning og behandling, og det er opp til pleiepersonale og lege å informere og være lydhør på dette punktet. Mange pasienter er bluferdige og skamfulle, eller tror at seksualitet er luksusproblemer som ikke er relevant å ta opp i deres behandling(Berndtsson m.fl., 2006).

Det er mange faktorer som kan gjøre at seksualitet vanskeliggjøres hos pasienter med stomi, særlig den første tiden. Disse faktorene innebærer både det fysiske, mekaniske og psykologiske, som for eksempel angsten for at stomiposen skal løsne, depresjon eller en følelse av at man er mindre attraktiv(Christiansen, 2001).

Stomioperasjon på grunn av kreft i tarmen, kan føre til at nerver som er sentrale i seksuallivet blir skadet og kan gi problemer med vesentlige funksjoner for seksualiteten(Agger, 2006).

En måte å ta opp temaer som kan oppleves som ukomfortable både for pasient og sykepleier, som kroppssoppfatning og seksualitet, er å følge PLISSIT- modellen. Denne modellen kan brukes av helsepersonell, og kan være med på å gi informasjonen fra helsepersonell på en individualisert og målrettet måte. Modellen er laget i pyramideform som består av Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy(Christiansen, 2001).

Permission betyr tillatelse, og er grunnlaget i pyramiden. Herfra kan alle sykepleiere jobbe. Ved hjelp av lytting og aksept diskuteres seksualitet med pasienten, både med og uten partner. Neste nivå er Limited Information som betyr begrenset informasjon, det menes at på dette nivået skal det gis konkret informasjon relatert til pasientens bekymringer(Christiansen, 2001).

Det tredje nivået er Specific Suggestions som betyr spesifikke forslag. På dette nivået får pasienten og/eller partneren spesifikke svar på spørsmål om seksualitet. Dette nivået krever bredere kunnskap fra sykepleieren, enn det som kreves på nivå 2. Det siste nivået i pyramiden er Intensive Therapy som betyr intensiv terapi. Her må sykepleieren ha som oppgave å henvise til videre behandling. Jo lengre opp på modellen man kommer, jo mer kunnskap kreves det av sykepleieren(Christiansen, 2001).

Mestring

Mestring er et vidt begrep som kan ha flere betydninger. Begrepet brukes også i flere definisjoner av helse og livskvalitet, og ordet koples ofte til stress og påkjenninger. Selve definisjonen av ordet mestring har forfatteren Lærum beskrevet slik:

«Det å mestre problemer, stress og utfordringer, for alle kronisk syke, er kunnskap og mestring en kilde til bedre livskvalitet»(Lærum, 2005:37).

Mennesket viser en utpreget evne til å tåle stress og til å kunne tilpasse seg forandringer i livet, selv i perioder med store påkjenninger, sykdom og svikt i helsa. Dette er trolig en form for forsvarsmekanisme med høy elastisitet, som gjør at man klarer å ivareta egen helse. Om man makter å holde ut og komme igjennom pågående og vanskelige livssituasjoner, vil man være bedre rustet til å møte nye utfordringer og påkjenninger(Hummelvoll, 2004).

For å mestre en vanskelig situasjon, er det å kunne snakke og være åpen om det som er vanskelig et viktig redskap. Å bruke sosial støtte er en god mestringsstrategi, for når en snakker med andre om sine bekymringer, slipper man fri noen av de spenninger som sitter i kroppen. En annen god ting med sosial støtte er når en snakker om det som er vanskelig, blir en også tvunget til å formulere og sette ord på følelser. Det innebærer at en flytter noe vanskelig fra bare å være følelser til å bli tanker og meninger. Følelser er umiddelbare og noe ekte, og er ofte ikke egnet til å diskutere, mens tanker og meninger kan danne grobunn for diskusjon og kan korrigeres eller utforskes videre. Det vil si at mennesker som har noen å snakke med og uttrykke sine følelser med, klarer store belastninger bedre enn de som ikke har sjansen å uttrykke seg. Det å ha mennesker i nære omgivelser som man kan snakke med, er en viktig mestringsstrategi. Derfor kan ensomhet være en stor trussel mot helse og velvære(Håkonsen, 1999).

Sosiologen Aron Antonovsky har utviklet en teori om helsens opphav med utgangspunkt i stressforskning. Han mener at stress og sykdom er fenomener som det er naturlig at mennesket møter på en gang i livet, og at disse kan være potensielt helsefremmende. Antonovsky skapte begrepet salutogenese, som handler om hva som gjør eller holder oss friske(Renolen, 2008).

I stedet for kun å fokusere på motpolen, patogenese, som dreier seg om de sykdomsfremkallende forhold, ønsker Antonovsky å fokusere på forebyggingen av de negative faktorene, nemlig salutogenesen(Mæland, 1999).

Kjernebegrepet i hans teori er opplevelse av sammenheng. Han forsket på mennesker som til tross for store påkjenninger likevel hadde god helse. Han fant ut at disse menneskene hadde høy grad av opplevelse av sammenheng. Det er tre komponenter som utfyller hans begrep, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet(Renolen, 2008).

Begripelighet dreier seg om at personen må forstå det som skjer, som kognitivt forståelig og forklarbart. Håndterbarhet innebærer at man har en følelse av at utfordringene er håndterbare. Ressurser som en selv har kontroll over, eller nære andre innehar, kan nyttes av. Hvis man i en situasjon føler at man ikke greier å håndtere, oppleves det ingen mening med å forsøke å mestre situasjonen, fordi ressursene mangler(Renolen, 2008).

Den siste komponenten er meningsfullhet, den Antonovsky mener er den viktigste, fordi den får menneske til å bli lyst til å finne en dypere forståelse av verden og de ressursene man har til rådighet(Renolen, 2008).

Disse tre komponentene henger sammen og påvirkes av hverandre. Har man høy meningsfullhet og begripelighet, gjør det at man øker motivasjonen til å søke etter mestringsressurser. Antonovsky ser ulike mestringsressurser som potensielt kan fremme effektiv mestring av en situasjon, det han kaller for motstandsressurser. Jo flere slike ressurser man har, jo høyere grad av opplevelse av sammenheng og helse(Renolen, 2008).

God helse har med vår holdning til livet å gjøre, vår holdning til å takle det som skjer av uforutsette og stressende forhold. Grunnlaget for holdningen vår skapes av de livsbetingelsene vi har innenfor det fysiske og det psykiske. Et sosialt nettverk der en kjenner en stor grad av tilhørighet viser seg å være spesielt viktig, og er en motstandsressurs. Det er også vesentlig at en tidlig møter oppgaver som tilsvarer ens eget mestringsnivå. Andre eksempler på forhold som skaper sterke motstandsressurser er en trygg økonomi, høy grad av egostyrke og religionstilhørighet. I tillegg er det salutogene faktorer som kan komme gjennom gode opplevelser. Dette kan være opplevelse av givende kunst, kulturopplevelser, opplevelsen av noe vakkert, gode samtaler eller et deilig måltid og samvær med gode venner. Alt dette gjør noe med mennesker, det tilføres oss som ressurser og gjør oss mer motstandsdyktige (Walseth, 2009).

Samhandling mellom sykepleier og pasient

For pasienter som blir rammet av kronisk sykdom eller lidelse, er måten sykepleieren går frem på i møte viktig for å kunne gjøre pasienten godt. Det er viktig å fokusere på pasienten og hvordan han forholder seg til sin sykdom eller lidelse. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er regler og retningslinjer som er laget for å være med på å fremme etisk akseptabel atferd i yrkesutøvelsen. Retningslinjene sier ikke noe om hvordan en situasjon skal løses, men angir hvilke verdier som ligger til grunn(Slettebø, 2009).

I min oppgave ønsker jeg å belyse to av disse retningslinjene som omhandler møtet med pasienten:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet(Sykepleieforbundet, 2011), og

Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten(Sykepleieforbundet, 2011).

En sykepleiers pedagogiske funksjon har høy verdi når man skal hjelpe pasienten med å tilegne seg kunnskap han ikke har fra før, nye holdninger og ferdigheter som gjør at han kan forholde seg til sin sykdom, eller en ny tilværelse med følgende symptomer på en bedre måte. På den måten kunne pasienten oppdage, lære, vokse, utvikle og mestre en tilværelse han helst ikke vil være i, men ikke har noe valg. (Tveiten, 2009).

Kunnskaper og innsikt, forståelse, riktige holdninger, verdier og innstillinger samt ferdigheter er viktige faktorer for å ha mestringskompetanse. Måten sykepleieren kan gå fram på er først og fremst å vurdere behov i forhold til disse faktorene. Hun kan starte med å sette seg inn i hva slags ferdigheter personen har behov for å utvikle, og hva slags kunnskap som er nødvendig å belyse(Tveiten, 2009). Psykologen Vygotski kaller dette for den nærmeste utviklingssonen, at man starter der pasienter er, og bygger videre på det. For å oppnå gjensidig forståelse, bør sykepleieren snakke et fagspråk som pasienten skjønner(Vygotsky, 1978).

Empowerment kan også relateres til mestring og hjelp til mestring av lidelse eller sykdom i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. De viktige prinsippene i empowerment - tenkningen er medvirkning, brukeren som ekspert på seg selv, og maktfordeling. Begrepet empowerment kan defineres som et forsøk på å finne måter å arbeide med andre på, som gir dem maksimal beslutningsmyndighet over sitt eget liv(Tveiten, 2009).

Kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene en sykepleier har. Det er en gjensidig prosess der man deler sine tanker og følelser. Kommunikasjon er kriteriet for å kunne nå det målet sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee mener er sykepleierens hensikt, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, og danne seg en mening i disse erfaringene.

Kommunikasjon kan enten lette eller forverre den sykes isolasjon og ensomhet. Innholdet i kommunikasjonen skal ifølge Travelbee være velgjørenhet. Men det er ingen enkel oppgave. Den krever bestemte forutsetninger som kunnskap, og kunne anvende den, sensitivitet og en velutviklet sans for å kunne føle på stemningen og anvende den riktige måten å få frem ditt budskap til pasienten på. Man må også mestre forskjellige kommunikasjonsteknikker. Disse

teknikkene mener hun ikke er trylleformler for å sikre seg et godt bånd med den andre, det må falle naturlig for hver enkelt person(Kirkevold, 1998).

Lytting i forskjellige former er grunnleggende for all rådgivningsferdighet, og det kan gjelde for alle mellommenneskelige relasjoner. Lytting er ikke en mekanisk form for atferd. Med det menes det at man krever at vi er til stede for den andre personen(Morrison og Burnard 1992). Det å gjenta nøkkelord og uttrykk fra en samtale, og ikke minst vise anerkjennelse, se og forstå personen man kommuniserer med, gjør at man forstår situasjonen bedre. Resultatet av disse egenskapene blir da at en sitter igjen med nok informasjon til å kunne hjelpe individet til å vurdere situasjonen og forstå deres opplevelse(Eide og Eide, 2008).

Sykepleieren har også en veiledende funksjon. Veiledning er definert ifølge Tveiten(2009) som

[...] en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier(Tveiten, 2009).

Forutsetningen for veiledning er å kunne ha god dialog mellom sykepleier som veileder og pasient som den som veiledes, og at veileder tar utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse. En veileder skal ikke først og fremst gi svar på alle problemer, men kunne hjelpe den andre til og selv finne svaret. Veiledning er en sentral metode i empowerment-prosessen. Hensikten med veiledning er at mestringskompetansen styrkes gjennom oppdagelse og læring(Tveiten 2009).

Det er sykepleiers rolle å kunne opplyse pasienten om at det finnes støttegrupper for stomiopererte, og sørge for at gruppen kontaktes, slik at pasienten har mulighet til å få kontakt med andre i samme situasjon. NORILCO, Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte, er en organisasjon for dem som er stomi- eller reservoaroperert. I Norge er det er cirka. 5500 medlemmer i alle aldre, hvorav ca. 4 000 selv er operert(Norilco, 2011).

Valg av sykepleieteoretiker

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori, fordi hun fokuserer på de mellommenneskelige aspektene innenfor sykepleien. Hensikten og målet er å hjelpe individet til å mestre, bære og finne mening i de ulike livserfaringene (Travelbee, 1999).

Jeg mener hennes teori er passende å knytte opp mot mitt tema om stomi og mestring. Hun gir en utdypende beskrivelse av sykepleiens hensikt og metoder, slik som hun mener det er. Det føles riktig å knytte hennes teorier opp mot den sykepleiefaglige praksis.

Joyce Travelbee mener at for å få bedre innblikk i hva sykepleie er, må man kunne se og forstå hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan dette forholdet kan oppleves og hvilke konsekvenser det har for pasienten og hans tilstand. Disse ideene har Travelbee sammenfattet i en definisjon av hva hun mener sykepleie er (Kirkevold 1998):

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999:29).

Travelbees teori er bygd på en eksistensialistisk filosofi, som menes med at man skal fokusere på det enkeltes menneske eksistens. Hun tar utgangspunkt i at mennesket er enestående og uerstattelig, som kun lever en gang i denne verden. Mennesket er lik, men også ulik hver eneste person som har levd i denne verden noensinne, eller som noen gang kommer til å leve. Som menneske tar man del i erfaringer som er fellesmenneskelige, som sykdom og lidelse og tap, men mennesket opplever disse erfaringene helt forskjellige og deres opplevelse av erfaringene er kun dets egne. Travelbees viktigste begreper i sin teori, er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold, og kommunikasjon (Kirkevold, 1998).

Travelbees meninger om mennesket som individ, innebærer at hun tar sterk avstand til oppfatninger av mennesket som noe generelt. Hun mener generelle definisjoner som sykepleier og pasient sletter ut det enkelte menneskes spesielle side og kun fremhever fellestrekk ved dem. Hun mener de generelle fellestrekke, blir for styrende og tar overhånd over hvert menneskets spesielle kvaliteter. Ved å generalisere, reduserer man enkeltmennesker (Kirkevold, 1998).

Lidelse er en grunnleggende erfaring som er felles for mennesker og noe som alle kommer til å være en del av og erfare som menneske en gang i livet, men lidelse er et absolutt personlig fenomen. Ved lidelse blir mennesket kjent med fysisk, følelsesmessig eller åndelig smerte. Det kan oppstå i opplevelser som ulike typer tap, nedsatt egenverd eller å bli adskilt fra andre. Det er ofte knyttet opp til sykdom, der menneskets integritet trues, og kan også knyttes opp til når noe spesielt i livet for den enkelte person trues. Hvis det skjer et tap hos et menneske som ikke var viktig for individet, vil det som regel ikke føle lidelse(Kirkevold, 1998).

Travelbee beskriver mening som noe grunnleggende, og har betydning for individet som har behov for å begrunne hvorfor ulike livserfaringer skjedde. Mening er knyttet til spørsmålene «Hvorfor skjedde dette meg?» og «Hvordan skal jeg gjennomleve dette?». Travelbee sier at disse spørsmålene er spesielt framtrepende i situasjoner med sykdom og lidelse hos personen selv, eller hos pårørende. Mennesker trenger ofte hjelp til å finne mening i tilværelsens ulike livserfaringer, og det mener Travelbee er sykepleierens viktigste oppgave(Kirkevold, 1998).

Sykepleiens hensikt oppnås ved å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee beskriver dette forholdet som de opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk eller den som har behov for sykepleierens tjenester. Kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individet, familien eller samfunnet får sitt sykepleiebehov dekket av en sykepleier som bruker en tenkende og analyserende måte å tilnærme seg ulike problemer på, og greier å bruke seg selv terapeutisk. Da vil menneske-til-menneske-forholdet bli etablert målbevisst og opprettholdt(Travelbee, 1999).

Det er sykepleierens ansvar for at et slikt forhold kan etableres, men hun kan ikke gjøre det uten respons fra den andre. Det er et gjensidig forhold. Forholdet kan kun eksistere mellom konkrete mennesker og ikke mellom generelle roller som sykepleier og pasient(Kirkevold, 1998).

Det siste viktige begrepet som Travelbee beskriver i sin teori om sykepleie er kommunikasjon. Dette begrepet har jeg tatt for meg tidligere i oppgaven under samhandling mellom sykepleier og pasient, og ønsker derfor ikke å gjenta begrepet og dets betydning.

DRØFTING

Drøftingen vil ta utgangspunkt i de funn som kom fram under intervjuet. Jeg kommer til å presentere de funnene som jeg ser på som hovedfunn, som er relevante for min problemstilling.

Sykepleierens rolle for mestring

I intervjuet kom det tydelig fram fra informant hvor viktig det var for pasienten å kunne møte stomisykepleier i etterkant av stomioperasjonen. Informanten erfarer at de fleste pasienter ønsker kontakt for samtale, veiledning og rådgivning for å mestre sin nye tilstand.

I møte med pasienter og de ulike måter å mestre stomien på, mener Travelbee at man som menneske tar del i erfaringer som er fellesmenneskelige, som sykdom og lidelse og tap, men mennesket opplever disse erfaringene helt forskjellige og deres opplevelse av erfaringene er kun dets egne (Kirkevold 1998). Alle opplever sin tilstand forskjellig, og sykepleieren møter ulike reaksjoner fra pasienter, og bør derfor inneha ulike strategier for å hjelpe pasienten til mestring.

Informanten sier at det er viktig å kunne ha god kommunikasjon med pasienten for å få innblikk i hvilke behov han har for å mestre stomien på best mulig måte. Dette krever noe av holdningen til sykepleieren som møter pasienten. Kommunikasjon er kriteriet for å kunne nå det målet Travelbee mener er sykepleierens hensikt, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, og danne seg en mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999).

Alle mennesker er ulike. I praksis har jeg observert forskjellige væremåter hos sykepleiere. Noen har lett for å komme i kontakt med pasienten og det opprettes fort god kommunikasjon, mens andre sykepleiere har mer vanskeligheter med å komme i nær kontakt med pasienten og kunne snakke om dypere temaer enn hvordan været er ute. Mine meninger er at dette fenomenet har noe med hvilken personlighet sykepleieren har. Er hun brå, travel og uforstående i møte med pasienten, vil han oppfatte henne som vanskelig å betro seg til, og vil ikke hjelpe på pasientens behov for å uttrykke seg. Er hun derimot rolig og imøtekommende, ser pasienten i øynene og viser at hun ønsker å lytte til hva pasienten har på hjertet, vil en klare å nå lengre inn hos pasienten.

Disse egne meningene kan Travelbee understøtte når hun sier at kommunikasjon enten kan lette eller forverre den sykes isolasjon og ensomhet. Innholdet i kommunikasjonen skal ifølge Travelbee være velgjørenhet. Men det er ikke en enkel oppgave. Den krever bestemte forutsetninger som kunnskap, og kunne anvende den, sensitivitet og en velutviklet sans for å kunne føle på stemningen og anvende den riktige måten å få frem ditt budskap på. Man må også mestre forskjellige kommunikasjonsteknikker. Disse teknikkene mener hun ikke er trylleformler for å sikre seg et godt bånd med den andre, det må falle naturlig for hver enkelt person(Kirkevold, 1998).

For at god kommunikasjon skal være tilstede, må sykepleier møte pasienten på det kunnskapsnivået han ligger på. Vygotsky kaller dette for den nærmeste utviklingssonen, at man starter der pasienter er, og bygger videre på det(Vygotsky, 1978). For å oppnå gjensidig forståelse, bør sykepleieren snakke et fagspråk som pasienten skjønner. Når man forstår hverandre, og pasienten får den informasjon trenger, vil dette gi økt kontroll på situasjonen, som igjen kan bidra til mestring.

Jeg vil presentere forskningsartikkelen “Role of the stoma care nurse: patient with cancer and colostomy” av briten Jean Comb (2003). Han er stomisykepleier og tar i sin artikkel opp viktigheten av å følge opp pasienters problemer med endret kroppsbylde. Han sier hovedfokuset bør ligge på god kommunikasjon med pasienten. Det er veien til mestring og gir livskvalitet. Han erfarer at å dra på hjemmebesøk hos pasienten, gir en god forståelse av hvordan pasienten har det. Da kan sykepleieren observere pasientens mestringsprosess. Etter hans erfaringer går den stomiopererte ofte gjennom en sorg over tapt kroppsfunksjon, som etterfølges av benektelse, isolasjon, sinne, depresjon, og tilslutt aksept(Comb, 2003).

Artikkelen understøtter teorien i oppgaven min om kommunikasjon og mestring, og mine egne meninger. At Jean Comb dro på hjemmebesøk, ser jeg på som ingen dårlig ide, fordi det gir en større forståelse og kan føre til at sykepleiers handlekraft treffer pasienten der behovet er størst, og vil i tillegg gi sykepleier innblikk i mestringsprosessen. Hans måte å jobbe på kan nok sammenliknes med vår måte å se pasienten på i form av hjemmetjenesten. Yrkesetiske retningslinjer presenterer en etisk regel som sier at: Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten(Sykepleierforbundet 2011). Denne retningslinjen sier klart at sykepleierens funksjon inneholder denne rollen og den forventes av oss.

Videre i intervjuet sier informantene at pasienter ofte lurer på hvordan de kan løse enkelte utfordringer. Et eksempel på en utfordring kan være hvordan tørre sitte sammen med andre

mennesker i sosiale sammenhenger, med tanke på faren for lukt og lyd fra stomien som andre kan legge merke til, som igjen kan gjøre at pasienten føler seg ubekvem.

Her mener jeg det er viktig at sykepleieren har en pedagogisk og veiledende funksjon, og ikke minst god kunnskap om feltet stomi, for å hjelpe pasienten til å finne løsninger på slike utfordringer.

Sykepleierens pedagogiske funksjon

Teorien sier at en sykepleiers pedagogiske funksjon har høy verdi når man skal hjelpe pasienten med å tilegne seg kunnskap han ikke har fra før, nye holdninger og ferdigheter som gjør at han kan forholde seg til sin sykdom, eller en ny tilværelse med følgende symptomer på en bedre måte. Da kan pasienten oppdage, lære, vokse, utvikle og mestre en tilværelse han helst ikke vil være i, men ikke har noe valg(Tveiten, 2009).

Jeg mener at jo lengre erfaring sykepleier har i feltet stomi, jo mer utbytte har pasienten av sin time hos stomisykepleieren. Eksempelvis om sykepleieren har jobbet i årevis med stomi, og fått tilbakemeldinger fra pasienter om hvordan de løser situasjoner med stomien, og pasienten deler egne erfaringer med for eksempel å skjule lukt og lyd fra stomien, vil dette kunne styrke sykepleiers kompetanse til å møte nye pasienter ved å bruke disse erfaringer og tilbakemeldinger.

Min informant sier også at det er en stor fordel at pasienten helt fra starten av engasjerer seg i stellet av stomien. Hun mener det er viktig at ikke sykepleieren tar for mye styring og ansvar over det praktiske med stomien, slik at pasienten selv ikke får lov å bli ordentlig kjent og føle på sin tilstand.

Her tenker jeg teori om empowerment vil være med å understøtte min informants uttalelse. Empowerment kan relateres til mestring og hjelp til mestring av lidelse eller sykdom i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. De viktige prinsippene i empowerment - tenkningen er medvirkning, brukeren som ekspert på seg selv, og maktfordeling(Tveiten, 2009). Da er det grunn til å tro at hvis en stomioperert pasient i møte med sykepleier selv får være med å delta i løsninger for å kunne mestre den nye tilværelse, vil dette styrke hans selvbilde og sitt ego. Det kan være å ta ansvar for å lære seg å stelle stomien, finne alternative løsninger til å utføre hendelser i dagliglivet, som for eksempel en sportsaktivitet som bassengsvømming, som av egen erfaring fra praksis kan være tøft gjennomføre etter å ha fått stomi, på grunn av at stomien lett blir synliggjort for andre og redselen for lekkasje.

Sykepleieren må gå ut av komfortsonen

Et annet funn fra intervjuet er at pasienter ofte ikke tør å ta opp temaer som omhandler kroppoppfatning og seksualitet, fordi det er kjent som tabubelagt og noe man ikke snakker så høyt om. Informanten sier at hun som sykepleier også synes av og til at det kan være vanskelig å ta opp dette temaet hos noen pasienter. Noen pasienter nevner ikke temaet i det heletatt, mens andre prøver å hinte litt fram om at dette vil man ha mer informasjon om. Informanten sier at det er viktig i hennes rolle å bringe dette temaet på banen hos dem hun anser har behov for denne informasjon.

Aae (2001) beskriver nærmere i teoridelen at en del mennesker sliter med at magens utseende forandres, man får en åpning på magen, samtidig som man mister kontrollen over avføring og tarmgasser. Noen får problemer med seksualfunksjonen etter å ha fått stomi på grunn av psykiske årsaker og fysiske forandringer, som igjen kan påvirke parforholdet hos dem det gjelder.

For at sykepleieren skal kunne lette dette tema i samtale med pasienten, ønsker jeg å knytte opp PLISSIT- modellen til dette funnet. Modellen er nærmere beskrevet i teoridelen av Christiansen (2001).

Modellen er bygd opp som en pyramide, og tar for seg en målrettet måte for helsepersonell å ta opp tema om seksualitet og parforhold(Christiansen, 2001).

Jeg har valgt å sette inn pyramiden her og knytte den opp mot pasienter med stomi og sykepleiers oppgave å trå ut av komfortsonen. Jeg har tro på at denne modellen vil hjelpe sykepleier til å vite hvordan hun kan gå fram. Den første klossen i pyramiden er Permission som betyr tillatelse. På dette planet bør sykepleieren vise tegn til at hun ønsker å lytte til pasientens potensielle problemer om temaet, og sykepleieren har ansvar for å åpne denne døren til en slik samtale. Om pasienten ikke ønsker eller ikke har behov for å snakke om temaet, så har han muligheten til å vise tegn til det her(Christiansen, 2001).

Den neste klossen i pyramiden er Limited Information som betyr begrenset informasjon. Når sykepleier og pasient har klart å komme til dette nivået, vil sykepleier kunne gi konkret informasjon relatert til pasientens bekymringer(Christiansen, 2001). Jeg vil anta at hvis pasienten tør vise åpenhet på dette nivået, vil jeg si at han har et bedre utgangspunkt på veien til mestring. Teorien sier at for å mestre en vanskelig situasjon, er det å snakke og være åpen

om det som er vanskelig et viktig redskap(Håkonsen, 1999).

På dette nivået har pasienten muligheten til å få beretninger om akkurat det han bekymrer seg om, for eksempel at det er vanlig at tretthet, depresjon og endret kroppoppfatning kan påvirke seksuallysten. Jeg mener hvis pasienter får konkrete svar, vil det hjelpe på forståelsen av hvorfor ting er som de er, og vil da oppnå bedre kontroll på situasjonen, som igjen vil føre til mestring.

Den nest siste klossen i pyramiden er Specific Suggestions, som betyr spesifikke forslag. Det er på dette nivået stomisykepleieren kommer på banen(Christiansen, 2001). Her mener jeg det trengs mere kunnskap om stomi, og nivået kan kanskje være for høyt for en sykepleier som ikke er erfaren med stomi, fordi her skal det gis konkrete forslag til løsninger på pasientens problemer.

Slik jeg tolket min informants uttalelser om seksualitet og samliv, er det når pasienter kommer på time hos stomisykepleier en stund etter operasjonen, at temaet seksualitet bringes mest på banen. Da har pasienten fått kommet seg litt til hektene igjen og fått litt av det hverdagslige fokus tilbake og har begynt prosessen å tenke over hva som kan være greit å ta opp. Her vil for eksempel ereksjonsproblemer tas opp, og stomisykepleieren bør informere om spesifikke tiltak for dette problemet.

Den siste klossen i pyramiden er Intensive Therapy, som betyr intensiv terapi. På dette nivået vil kunnskapsnivået være for lavt for sykepleier og stomisykepleier. Her er deres sentrale oppgave å henvise pasienten videre til sexolog, gynekolog eller psykolog(Christiansen, 2001).

Jeg synes PLISSIT-modellen er et godt utgangspunkt for sykepleiere, for å kunne dekke behovet som angår samliv og seksualitet, som faktisk er et av behovene for at mennesket skal føle seg hel. Kanskje sykepleiere også bør bruke skjønn, eksempelvis er det en person på 85år, vil kanskje ikke dette temaet være så veldig aktuelt, men er det derimot en 35 åring, kan det være svært viktig for pasienten å få tilbud om slik informasjon.

Slik jeg ser det, bør det være gjensidighet mellom sykepleier og pasient når dette temaet skal bringes på banen. På en side ville det vært svært ukomfortabelt for begge om sykepleier skulle holde lange avhandlinger om temaet hvis pasienten ikke ønsker å snakke om det. Men på en annen side bør sykepleier kunne våge seg uti det og være førstemann til å ta opp temaet, og vise pasienten at dette er det mest naturlige i verden å snakke om. Min informant kan bekrefte at sykepleieren må ta ansvar å gå ut av komfortsonen og bringe temaet på banen.

Det er forskjell på mestring mellom to grupper mennesker med stomi

Et annet hovedfunn fra intervjuet er at det vises å være en forskjell på mestringstid mellom pasienter som fikk stomi på grunn av kreft, og dem som fikk på grunn av betennelsestilstander som ulcerøs kolitt og morbus crohns. Pasienter som er blitt behandlet for kreft pleier å være mer utmattet på grunn av strålebehandling og cellegift. Hos denne gruppen kom diagnosen akutt og pasientene fikk ikke tid til å forberede seg i forkant av å måtte anlegge stomi som resultat for fjerne kreft. Derimot gruppen pasienter med ulcerøs kolitt og morbus crohns, har sjansen til å være mer forberedt, fordi de har levd med tarmsykdom i flere år og har fått tidlig informasjon om at stomi kan bli aktuelt.

Hun forteller videre at alle pasienter er ulike i hvordan man mestrer stomien. Noen sliter mye i starten med å akseptere og venne seg til den og synes det er en lidelse, mens andre tar den nye situasjonen så å si på strak arm.

Ved lidelse blir mennesket kjent med fysisk, følelsesmessig eller åndelig smerte. Det kan oppstå i opplevelser som ulike typer tap, nedsatt egenverd eller å bli adskilt fra andre. Det er ofte knyttet opp til sykdom, der menneskets integritet trues, og kan også knyttes opp til når noe spesielt i livet for den enkelte person trues. Hvis det skjer et tap hos et menneske som ikke var viktig for individet, vil det som regel ikke føle lidelse (Kirkevold, 1998).

Dette kan da bety at hos dem som var mye plaget med helsa som for eksempel langvarig tarmsykdom, der eneste utvei for bedre livskvalitet var å legge ut tarmen, vil det hos dem det rammes, ikke føle tap over kroppsfunksjonen eller føle lidelse av å måtte ha stomi.

Derimot pasienter som er rammet av kreft, som ikke har hatt noen symptomer på forhånd, vil føle et stort tap av en kroppsfunksjon og føle lidelse. Av egne erfaringer fra praksis mener jeg at pasienter som er rammet av kreft i tarmen trenger lang tid til å komme seg etter behandlingen.

Å være igjennom strålebehandling og cellegift tærer på kreftene hos pasienten (Aae, 2001).

Når man da er sliten, vil ofte motet til mestring av en slik akutt situasjon sitte langt inne. Jeg erfarte at når pasienten dette gjaldt fikk et par måneder på å samle de fysiske kreftene tilbake

igjen, kom også motet til å mestre den nye tilstanden etter hvert, når det fysiske behovet for hvile var dekket.

Et annet syn på forskjellen av mestring mellom to grupper pasienter, er at man egentlig aldri på forhånd bør mene at pasienter med kreft trenger lengre tid på å mestre stomien, enn de pasienter som har betennelsestilstander i tarmen. Enkelte i denne gruppen kan ha like store vanskeligheter med å akseptere denne tilstanden på andre måter, selv om de ikke er utmattet av ulike behandlinger i forkant av stomioperasjonen som hos kreftpasientene. Som nevnt tidligere, har Travelbee sagt sin mening om sykdom, lidelse og tap. Mennesket opplever disse erfaringene helt forskjellige og deres opplevelse av erfaringene er kun dets egne (Kirkevold, 1998).

Derfor vil det være viktig som sykepleier i møte med de to grupper pasienter med stomi, på forhånd ikke å ha dannet seg et bilde og forventninger til grad av mestring hos de ulike gruppene. Det ville for eksempel vært feil å tenke at pasienten med ulcerøs kolitt kommer til å mestre dette godt så å si på egenhånd, mens sykepleieren heller må konsentrere seg om oppmerksomhet til pasienten som har vært igjennom kreft. Jeg vil understøtte mine påstander med en av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Sykepleieforbundet 2011).

Den forteller at sykepleieren skal vise respekt for hvordan pasienter mestrer sykdom, og vise forståelse av hvordan de håndterer situasjonen med stomi på de ulike måter. Sykepleieren skal ikke krenke en pasients verdighet med å forvente grad av mestring på kortere tid enn det det faktiske behovet er.

Pasientens åpenhet om stomien og sosial støtte avgjør grad av mestring

Et funn fra intervjuet er at informanten erfarer at jo mer åpen pasienten er om stomien sin, jo tidligere mestrer han kroppsforandringen. Hun ser at jo mer åpen pasienten er, jo mer styrket kan den sosiale støtten være, og nettverket rundt personen som er viktige ressurser i mestringsarbeidet. Dette høres logisk ut og kan understøttes med teori fra Håkonsen (1999) som mener at det å bruke sosial støtte er en god mestringsstrategi, for når en snakker med andre om sine bekymringer, slipper man fri noen av de spenninger som sitter i kroppen.

Jeg tenker at fordelen med å være åpen om at man har stomi og kanskje snakker med andre om hva som er ugreit med stomien og hva som kan være greit, gjør at man øker andres forståelse av pasientens situasjon. Jeg tror at personer som åpner seg, har en ekstra ressurs, fordi de ikke er alene om sin tilstand. Pasienten selv vil da kanskje føle at han ikke bærer på den tunge ryggsekken med eventuelt usikkerhet og bekymring helt alene.

Jeg ønsker å presentere Aron Antonowskis modell, Salutogenesen. Jeg har beskrevet denne modellen i teoridelen. Jeg mener det er relevant å knytte den opp til mestring av stomi, fordi den innebærer så mange faktorer som viser hvorfor man mestrer som en gjør, og jeg vil også knytte opp sykepleiers rolle for mestring i denne modellen.

Med Salutogenesen ønsker Antonowski å bevise at det å fokusere på det friske, i stedet for patogenese som er det sykelige, vil styrke menneskets helse. Dette kan knyttes opp til stomien, ved å fokusere på at man ble kvitt kreften eller smerten og diareen ved tarmbetennelsen, i stedet for å fokusere kun på selve stomien og de problemer den kan by på. Hans modell består av tre komponenter som kan bidra til en større opplevelse av sammenheng av hendelser som oppstår. Den første komponenten er begripelighet. Den dreier seg om at personen må kunne forstå det som skjer som kognitivt forståelig og forklarbart (Renolen, 2008).

Her mener jeg sykepleieren må sørge for at pasienten får tilegnet seg den kunnskap han trenger om stomien. Det som er viktig å informere om kan være hva som er årsaken til at han måtte legge ut tarmen, hvilke konsekvenser det hadde blitt om man ikke utførte inngrepet, og hvordan leve med stomien. Får pasienten tilegnet seg denne forståelsen, mener jeg det vil føre til større opplevelse kontroll, og veien til mestring.

Den andre komponenten er håndterbarhet. Det innebærer at pasienten har en følelse av at utfordringene kan takles(Renolen, 2008). Her mener jeg sykepleieren kan være en ressurs ved å bidra med råd om hvordan pasienten skal håndtere ulike situasjoner. Et eksempel på en slik situasjon som sykepleieren kan gi tips om, kan være å sitte på kafe med venner, og vite at hvis man kjenner at nå kommer det luft i stomiposen og det vil bli fjertelyd, så vet pasienten at man kan holde en hånd diskret over stomien på utsiden av gensen, og dempe lyden mens man gjør et kremt for å overdøve den. På den måten kan slike situasjoner med lyd bli håndterbare.

En annen ressurs for å håndtere utfordringer er nære personer. Når man føler at man ikke greier å mestre tilstanden sin, kan det være de nære menneskene rundt personen som innehar håndterbarhet som pasienten kan støtte seg til. Antonowsky mener at hvis man føler at man ikke greier å håndtere, oppleves ingen mening med å forsøke å mestre situasjonen, fordi man mangler ressursene(Renolen, 2008). Holdningen til livet, har med god helse å gjøre. Takler man uforutsette hendelser og stressende forhold bra, har man et godt utgangspunkt for god helse(Renolen, 2008).

Men har man ikke ressursene som sosial støtte rundt seg og kyndig veiledning av fagpersonell, vil man kanskje ha et dårligere utgangspunkt for mestring, enn de som har disse ressursene.

Den siste komponenten for å oppnå opplevelse av sammenheng, er meningsfullhet. Denne komponenten mener Antonowski er den viktigste, fordi den får mennesket til å bli lysten på å finne en dypere forståelse av verden og de ressursene man har til rådighet(Renolen, 2008). Pasienten må jobbe med seg selv og finne mening med hvorfor han ble rammet av sykdom som førte til at han må ha stomi. Sykepleieren kan her bidra med å informere pasienten om at det finnes andre mennesker som er i samme situasjon, og at det er opprettet en forening for stomiopererte, der man kan dele opplevelser, erfaringer og være sosiale med dem man har en ting til felles med, nemlig stomien. Gruppen heter Norilco, og er nærmere beskrevet i teoridelen.

Walseth(2009) mener at å oppnå helse, vil styres av hvilke livsbetingelser vi har. Slike livsbetingelser er salutogene. Disse livsbetingelsene kan være et sosialt nettverk, grei økonomi, oppleve gode opplevelser, ha en høy grad av egostyrke, gode samtaler og et deilig måltid(Walseth, 2009). Jeg mener at jo mer av disse betingelsene man har tilgang til, jo mer

vil det gjøre mennesket motstandsdyktig og styrke evnen til mestring av hendelser som virker stressende på mennesket, som i dette tilfelle kan være å få stomi.

For å understøtte Antonowskis modell om salutogenesen, vil jeg presentere forskningsartikkelen «Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse»(Langeland, 2009). Artikkelen understreker at kvaliteten på sosial støtte er definert som en avgjørende mestringsressurs for en positiv utvikling av opplevelsen av sammenheng i arbeidet med psykisk helse(Langeland, 2009). Ved å tenke helsefremmende og forebyggende i arbeide med mestring, som salutogenesen presenterer, vil være bra for pasientens helse. Vi har også sett at sosial støtte har en vesentlig rolle i en mestringsprosess.

Det er i tillegg viktig som person å sette seg små mål som man ønsker å nå. Klarer man å utføre dem vil man øke mestringsnivået. I teorien sier Antonowski klart at det er menneskets holdninger og ressurser i livet som bestemmer graden av helse eller uhelse(Renolen, 2008). Både i teorien og i intervjuet kommer det tydelig fram at personer som har ressurser i form av et sosialt nettverk rundt seg, vil være bedre rustet til mestring av hverdag, enn dem som har svakere ressurser.

KONKLUSJON

Sykepleier i sykehus kan møte den stomiopererte pasients utfordringer til mestring av hverdag ved å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleier må sørge for at det opprettes et godt mellom-menneskelig forhold mellom henne og pasienten. Det innebærer å ha gode evner til kommunikasjon, vise forståelse og lytte. Sykepleier må også inneha god kompetanse om stomi og evnen til å tilegne pasienten sin kunnskap på en pedagogisk riktig måte ved å snakke et språk han kan forstå, veilede pasienten og bruke empowerment når utfordringer skal løses sammen med pasienten.

En annen oppgave sykepleieren har, er å trå ut av komfortsonen og bringe de tema på banen som kan være vanskelige for pasienten å ta opp. Det er også hennes oppgave å henvise pasienten videre hvis hun ikke føler seg tilstrekkelig i sin kompetanse.

Ett funn var at mestring kommer an på pasientens egeninnsats og holdning til livet og egen helse. Åpenhet hos pasienten åpner døren til mestring.

Det siste funnet er at det er kan være forskjell på mestringen mellom to grupper stomipasienter. Gruppen som er stomioperert på grunn av kreft kan bruke lengre tid på mestring, enn gruppen som har stomi på grunn av kroniske betennelsestilstander i tarmen.

Litteraturliste

Pensumlitteratur:

- Aadland, E (2004). *Og eg ser på deg...vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: universitetsforlaget.
- Aae C. N (2001). *Sykepleie til pasienter med stomi*. I: Almås, H(2001). *Klinisk sykepleie bind 2*. Ss. 629-662. 3.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H og Eide, T(2008). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utgave, 2.opplag(2008). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll J.K(2004). *HELT- Ikke stykkevis og delt*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M(1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland, J-G(1999). *FOREBYGGENDE HELSEARBEID- i teori og praksis*. 3. opplag(2002). Oslo: Universitetsforlaget.
- Slettebø, Å (2008) *Forskningsetikk*. I: Brinchmann, B.S. (Red) 2008. *Etikk i sykepleie* (kap. 12). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tveiten, S(2009). *PEDAGOGIKK i sykepleiepraksis*.2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Selvvalgt litteratur:

- Agger, N(2006). *Kræft og seksualitet I*: Graugaard, C, Møhl, B og Hertoft, P(2006). *KROP, SYGDOM & SEKSUALITET*. København: Hans Reitzels Forlag.
(23 sider)
- Berndtsson, I, Øresland, T og Laurberg, S(2006). *TARMSYGDOM OG SEKSUALITET*. Ss.215- 226. I: Graugaard, C, Møhl, B og Hertoft, P(2006). *KROP, SYGDOM & SEKSUALITET*. København: Hans Reitzels Forlag.
(11 sider)
- Christiansen, A(2001). *Sykepleie til pasienter med stomi*. I: Gjengedal, E og Jacobsen, R(red.). (2001). *Sykepleie 2*. Ss. 674-707.1 utgave. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
(33 Sider)
- Comb, J(2003). *Role of the stoma care nurse: patient with cancer and colostomy*. [online] I: *British journal of nursing*(2003). Vol 12. No 14. Hentet 26.03.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12951536>
(4sider)
- Håkonsen, K.M(1999). *MESTRING OG RELASJON; Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
(57sider)
- Langeland, E(2009). *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. I: *Sykepleien Forskning* nr. 4(2009), 288-296. Hentet 28.03.2012: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/299457/betydningen-av-en-salutogen-tilnarming-for-a-fremme-psykisk-helse>
(8 sider)
- Lærum, E(2005). *FRISK, SYK ELLER BARE PLAGET?* Bergen: Fagbokforlaget
(16 sider)

- Morrison, P og Burnard, P(1992). *OMSORG OG KOMMUNIKASJON*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
(45 Sider)

- Norilco(2011). Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte. Hentet 26.03.2012.
<http://www.norilco-nt.com/>

- Renolen, Å(2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
(33 sider)

- Sykepleierforbundet (2011). Yrkesetiske retningslinjer (online).
<https://www.sykepleierforbundet.no/fag/etikk>. Hentet den 25.03.2012.

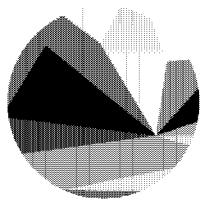
- Travelbee, J(1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utgave, 6.opplag(2011). Oslo: Gyldendal Akademisk.
(35 sider)

- Vygotsky(1978). *Mind and society. The development of higher mental processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press. I: Skaalvik, E.M og Skaalvik, S(2005). *Skolen som læringsarena; selvoppfatning, motivasjon og læring*. 4. opplag(2009). Oslo: Universitetsforlaget.
(53 sider)

- Walseth, L.T(2009). *Salutogenese*.[elektronisk versjon]. I: Utposten-stiftelsen 2009. NR.8. Fagartikkel hentet den 22.03.2012 fra <http://www.utposten-stiftelsen.no/Blader/Publiseringer2009/tabid/480/language/nb-NO/Default.aspx>
(4sider)

Antall sider selvvalgt pensumlitteratur: 322 sider.

VEDLEGG 1.



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Avdeling / institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave **X**
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: **09H** Studiested: **Universitetet i Nordland**

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

VEDLEGG 1.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Jeg har valgt temaet «Stomi og mestring» og har formulert problemstillingen slik: « Hvordan kan jeg som sykepleier i sykehus møte den stomiopererte pasients utfordringer til mestring av hverdag?»

Mitt formål med undersøkelsen er å samle informasjon fra en stomisykepleier som har erfaring innenfor dette feltet. Jeg ønsker å knytte informasjon fra informant opp mot relevant teori og forskning rundt dette tema.

Metode v/ datainnsamlingen:

Kvalitativt intervju

Respondenter / intervjupersoner: **1 person**

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: **Båndopptaker og intervjuguide**

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: **I løpet av februar/ tidlig i mars 2012.**

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

VEDLEGG 1.

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: Tillatelse til bruk av båndopptaker og intervju av ansatt.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift

VEDLEGG 2.

Intervjuguide

Mitt navn er Jeg skal skrive en bacheloroppgave i sykepleie. Jeg har valgt å ta for meg temaet stomi og mestring. Når jeg sier stomi, så ønsker jeg kun å ta for meg om tarmstomi.

Problemstillingen som er utarbeidet til dette temaet er «Hvordan kan sykepleier i sykehus møte den stomiopererte pasients utfordringer til mestring av hverdag?». Jeg ønsker informasjon om sykepleier og pasient i perioden etter pasienten er kommet hjem fra sykehus, og kommer på «kontroll» eller har time hos stomisykepleier på sykehus i etterkant av operasjon.

Nedenfor har jeg skrevet ned spørsmål som er sortert etter ulike temaer som jeg ønsker å få informasjon om.

1. TEMA: Å få stomi	STIKKORD
<p>a) Når du som sykepleier møter pasienten med stomi for første gang, en kort periode etter stomioperasjonen, hvilket emne ønsker pasienten å snakke mest om ved dette møtet? Hva tar de opp?</p> <p>b) Hvilke utfordringer står de i?</p> <p>c) På hvilken måte får du inntrykk av at dette har konsekvenser for mestring?</p> <p>d) På hvilken måte opplever pasienten at hverdagen blir vanskeligere etter å ha fått stomi?</p>	

VEDLEGG 2.

2. TEMA: Endret hverdag?	STIKKORD
<ul style="list-style-type: none">a) På hvilken måte gir pasienten uttrykk for at hverdagen har endret seg?b) Er det spesielle oppgaver eller gjøremål som blir utfordrende?c) Opplever pasientene at stomien setter en stopper eller er med på å gjøre pasientene mindre sosial i hverdagen?d) Er det enkelte aktiviteter pasienten vegrer seg for å delta i etter å ha fått stomi?	

3. TEMA: Selvbilde	STIKKORD
<ul style="list-style-type: none">a) Har pasienter endret syn på egen kropp etter å ha fått stomi?b) Er det forskjell mellom pasienter som må legge ut tarmen på grunn av Morbus Crohns eller Ulcerøs Kolitt, enn dem som får akutt sykdom? (eks.kreft, mekaniske skader). Med tanke på hvordan man takler egen kropp og selvbilde?c) Er pasienter med kronisk tarmsykdom mer forberedt på å måtte få stomi, enn akutte?d) Klarer pasienten og du som veileder å ta opp temaer som omhandler seksualitet og selvbilde?e) Og hva mener pasienten er utfordringen på dette området?	

VEDLEGG 2.

<p>f) Snakker pasientene noe om parforholdet og eventuelle utfordringer seg imellom etter at partneren har fått stomi?</p>	
--	--

4. TEMA: Samhandling mellom sykepleier og pasient	STIKKORD
<p>a) På hvilken måte har pasienten behov for ytterligere informasjon?</p> <p>b) Eventuelt må en repetere informasjon som er gitt tidligere?</p> <p>c) Har du noen standardiserte spørsmål som bør diskuteres med pasienten eller styrer pasienten samtalen selv etter sine egne behov?</p> <p>d) Får du spørsmål i forkant eller etter samtaler?</p> <p>e) Hvordan kan pasienten kontakte deg for spørsmål som han ikke kom på å spørre om på siste møte?</p> <p>f) Anbefaler du støttegrupper for dine pasienter? F. eks Norilco?</p> <p>g) Har du erfaring med felles gruppesamtaler med stomiopererte?</p>	