

SY180H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

23.10.2009

TEMA:

Stomi og mestring

Kandidatnummer:

110

112

Kull 06 Vår

[Lørssen-Aas, Katrine Lyngmo
Hagen, Heidi]

Forord

I denne bacheloroppgaven har vi rettet fokus mot hvordan sykepleiere kan informere pasienter preoperativt slik at de lettere kan mestre en ny hverdag med stomi. Vi fant et utsagn i Gjengedal og Jakobsen (2001:696) som vi synes passer i forhold til vår problemstilling. Dette utsagnet vil vi komme tilbake til i oppsummeringen.

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

I forbindelse med bacheloroppgaven valgte vi å intervju to sykepleiere. Den ene arbeider i en privat bedrift og den andre er ansatt på kirurgisk avdeling ved et sykehus. Vi takker våre informanter så mye for at de ville dele sin kunnskap med oss.

Vi retter også en stor takk til vår veileder, samt til bibliotekarer på folkebiblioteket for god hjelp. Til slutt vil vi takke familie og venner som har vært tålmodige og hjulpet oss underveis.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Hensikt og formål med bacheloroppgaven.....	4
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	5
1.5 Oppgavens oppbygging.....	5
2.0 Metode.....	6
2.1 Metodevalg med begrunnelse.....	6
2.2 Intervjuforberedelse med etiske overveielser.....	7
2.3 Utførelsen av intervjuene.....	8
2.4 Litteratur.....	8
2.5 Metodekritikk.....	9
2.6 Presentasjon av vitenskapelig artikkel 1.....	10
2.7 Presentasjon av vitenskapelig artikkel 2.....	10
3.0 Teori.....	11
3.1 Patricia Benner og Judith Wrubel som sykepleiefaglig referanseramme.....	11
3.2 Stomi.....	13
3.3 Selvbilde.....	13
3.4 Psykiske reaksjoner hos stomiopererte.....	14
3.5 Stress, krise og mestring.....	14
3.6 Preoperative standarder.....	15
3.7 Preoperativ informasjon.....	16
4.0 Drøfting.....	18
4.1 Stress, krise og psykiske reaksjoner.....	18
4.2 Selvbilde, pasientmedvirkning og mestring.....	19
4.3 Preoperativ informasjon og mestring.....	21
4.4 Ulike behov for preoperativ informasjon.....	23
4.5 Ulike måter å gi informasjon på.....	24
4.6 Pasienters synspunkt på informasjon.....	27
4.7 Andre kilder til informasjon.....	29
5.0 Oppsummering.....	31
Litteraturliste.....	32

Vedlegg:

Vedlegg 1: Skjema for tillatelse til innhenting av data 1 (3 sider)

Vedlegg 2: Intervjuguide til stomisykepleier (2 sider)

Vedlegg 3: Brev til stomisykepleier i privat bedrift (1 side)

Vedlegg 4: Skjema for tillatelse til innhenting av data 2 (3 sider)

Vedlegg 5: Intervjuguide til sykepleier ved kirurgisk avdeling (2 sider)

Vedlegg 6: Brev til avdelingsleder ved kirurgisk avdeling (1 side)

Antall ord: 9310

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleierstudenter som går siste året i desentralisert utdanning. Vi har skrevet en bacheloroppgave sammen med temaet stomi og mestring. Som en del av utdanningen har vi vært i praksis i åtte uker på kirurgisk avdeling. Der trivdes vi godt og ser på en slik avdeling som en mulig fremtidig arbeidsplass. Vi valgte temaet stomi og mestring fordi vi finner dette interessant. I praksisen møtte vi pasienter med ulike typer stomi, og vi fikk en forståelse av at det å få stomi kan være en stor omveltning i livet på godt eller vondt. Vi opplevde også hvor viktig god informasjon preoperativt er for at stomipasienten kan mestre sin nye hverdag med stomi.

1.2 Hensikt og formål med bacheloroppgaven

Hensikt og formål med bacheloroppgaven er å avlegge og bestå eksamen SY180H 000. I emnebeskrivelsen til eksamen er det beskrevet noen mål: vi skal gjennom å studere sykepleiefaglige begreper, teorier og modeller få en forståelse av sykepleie som fag og yrke og av hvordan teoretisk kunnskap bidrar til en god yrkesutøvelse. Vi skal få kunnskaper om vitenskap og vitenskapelig metode slik at vi kan lese forskningsrapporter og gjøre nytte av forskningsresultater. Vi skal kunne finne fram til, lese og kritisk vurdere forskning i sykepleie. Vi skal lære å begrunne våre handlinger, dokumentere eget arbeid og utføre prosjektarbeid. Vi skal også oppøve en analytisk og kritisk holdning til sykepleiefaget og yrkesutøvelsen. Vi ønsker å øke våre kunnskaper om et tema som vi finner interessant og som er relevant for vårt yrke som fremtidige sykepleiere.

1.3 Problemstilling

Vi har valgt en problemstilling relevant for vår utdanning og ut fra interesse vedrørende temaet. Problemstillingen ble da: *Hvordan kan sykepleiere informere pasienter preoperativt slik at de lettere mestrer en ny hverdag med stomi.*

1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

Vi avgrenser problemstillingen til å innbefatte kun norske stomipasienter som skal gjennomgå en stomioperasjon. Vi tar ikke for oss en bestemt aldersgruppe. Vi kommer heller ikke inn på de ulike typene stomi eller årsaker til at pasienter får stomi. Vi fokuserer på preoperativ informasjon, men vi kommer ikke til å gå detaljert inn på hva sykepleiere bør informere om, da oppgavens omfang ikke tillater dette.

1.5 Oppgavens oppbygging

Etter forord og innledning følger en metodedel som omhandler metodevalg med begrunnelse, intervjuforberedelse med etiske overveielser, utførelsen av intervjuene, litteratur, metodekritikk og presentasjon av to vitenskapelige artikler.

I teoridelen presenterer vi først Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsfilosofi som sykepleiefaglig referanseramme. Deretter omhandler teoridelen relevante fakta om stomi, selvbilde, psykiske reaksjoner hos stomipasienter, stress, krise og mestring, preoperative standarder og preoperativ informasjon.

I drøftingen tar vi utgangspunkt i problemstillingen og drøfter hvordan sykepleiere ved å gi preoperativ informasjon kan hjelpe pasienter til å mestre det å få stomi. Vi presenterer utsagn fra informantene og benytter teorien presentert i teoridelen, to vitenskapelige artikler og egne erfaringer, tanker og meninger. Til slutt sammenfatter vi oppgaven i en oppsummering.

2.0 Metode

2.1 Metodevalg med begrunnelse

Vilhelm Aubert sier at metode er:

”En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007:81).

Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den gir god informasjon og belyser tema og spørsmål på en faglig interessant måte. Metodelæren skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Den kvantitative metoden går ut på å samle informasjon og omforme den til målbare enheter, som gir anledning til å foreta beregninger som kan gi svar på foretatte undersøkelser. En kvalitativ oppgave skal fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle slik den gjør ved kvantitativ metode. Ved kvalitative metoder kan en oppsøke enkeltpersoner eller grupper som man mener kan bidra i undersøkelsen. Dette kalles strategisk utvalg (Dalland, 2005).

Vi benyttet kvalitativ metode i denne oppgaven og valgte å foreta to kvalitative intervjuer med en informant i hvert intervju. Informantene er sykepleiere med minimum fem års erfaring. Den ene er en stomisykepleier som arbeider i en privat bedrift og den andre jobber på kirurgisk avdeling på et sykehus. Vi har valgt å intervju informanter med minimum fem års erfaring og fra to ulike arbeidsplasser. Dette fordi vi ønsket å få mest mulig informasjon, samt få kunnskaper om hvordan stomipasienter blir ivaretatt på to ulike arbeidsplasser. Utvalget av informanter er lokalt. Heretter blir stomisykepleier omtalt som informant 1 og sykepleier ved kirurgisk avdeling som informant 2.

Intervju blir ofte brukt i en kvalitativ metode og er en god måte å innhente data, kunnskaper og opplysninger på. Et slikt intervju tar sikte på å få frem nyansert informasjon ut fra den situasjonen informanten befinner seg i. Det er ofte nødvendig å stille utfyllende og godt formulerte spørsmål for at beskrivelsen skal bli dekkende. Spørsmålene må stilles på en slik

måte at informanten må gå i dybden og gi utfyllende svar på hvert spørsmål. Dette utfordrer oss som intervjuere til å være godt forberedt og følge med i svarene for å få frem nyansene. Man må unngå å stille spørsmålene slik at man får kun ja eller nei til svar. Man får da lite stoff og kunnskaper ut av intervjuet. Dataene som samles inn tar sikte på å få fram sammenheng og helhet. Vi stilte empiriske spørsmål, det vil si spørsmål om hvordan ting er og fungerer i virkeligheten. Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring. Vi har foretatt halvstrukturerte intervju, der spørsmålene er skrevet ned uten at de trenger å komme i en bestemt rekkefølge. Intervjuet kan ta form som en samtale om temaet og det er informanten som styrer samtalen (Dalland, 2005).

2.2 Intervjuforberedelse med etiske overveielser

For å kunne gjennomføre intervjuene måtte vi søke veileder på høyskolen om tillatelse til innhenting av data (vedlegg 1 og 4), samt få godkjent intervjuguidene (vedlegg 2 og 5). Sammen med de godkjente søknadene fra høyskolen ble det sendt brev til lederne ved informantenes arbeidsplass (vedlegg 3 og 6). I brevene informerte vi om problemstillingen og hensikten med intervjuene. Vi informerte om at det ville bli gjort lydopptak av intervjuene og at disse ville bli slettet etter bruk. Vi informerte videre om at vi har taushetsplikt og at all informasjon, samt informanter og arbeidsplasser ville bli anonymisert i oppgaven. Søknadene inneholdt en svarslipp hvor informantene kunne svare på om de stilte seg disponible eller ikke til intervjuene. Før intervjuene kunne gjennomføres, måtte søknadene underskrives. Intervjuguidene ble sendt til informantene på forhånd og inneholdt alle spørsmålene vi ville stille, slik at informantene kunne forberede seg. Noen dager etter at vi hadde sendt brevene tok lederne ved informantenes arbeidsplasser kontakt, og sammen avtalte vi tidspunkt for intervjuene. Før vi utførte intervjuene, foretok vi hvert vårt prøveintervju for å se om spørsmålene var forståelig formulert og for å teste det tekniske utstyret. Prøveintervjuene ble utført hjemme på hvert vårt familiemedlem.

2.3 Utførelsen av intervjuene

Begge studentene var med på både intervju 1 og 2, som ble utført på to forskjellige dager. Vi møtte opp til avtalt tid til intervjuene. Intervju 1 startet klokken 12.00 og varte til klokken 13.00. Intervju 2 startet klokken 10.00 og varte til klokken 10.45. Både i den private bedriften og på kirurgisk avdeling ble vi godt mottatt av informantene. Under intervju 1 satt vi på et lyst og trivelig møterom. Intervju 2 ble foretatt på avdelingsleders kontor. Begge plassene sørget vi for å ha kontakt i nærheten slik at vi ikke gikk tom for batteri på lydopptakeren. Før vi startet sørget vi for å ha intervjuguidene klare og mobiltelefonene avslått. Dette for å unngå unødvendig støy og uro under intervjuene. For å ta opp intervju 1 brukte vi et videokamera med linseheten på, slik at vi bare tok opp lyd. Under intervju 2 brukte vi en mp3-spiller. Vi satt ovenfor informantene slik at det skulle være lett og kommunisere. Den ene av oss stilte spørsmål og den andre var tekniker og observatør. Disse rollene hadde vi hver sin gang siden vi fortok to intervjuer. Vi ble ikke forstyrret under noen av intervjuene og vi synes begge intervjuene gav oss mye god informasjon. Etterpå transkriberte vi hvert vårt intervju. Det vil si og skrive intervjuene ordrett ned på papir (Dalland, 2005). Intervju 1 ble på ti sider og intervju 2 ble på seks sider. Under transkriberingene ble intervjuene anonymisert og deretter ble opptakene slettet.

2.4 Litteratur

Vi benytter relevant pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi fant litteraturen på skole - og folkebibliotek, BIBSYS og Internet. Vi fikk også låne litteratur hos en av våre informanter. På BIBSYS gikk vi inn i forskjellige databaser og søkte etter bøker og vitenskapelige artikler. Vi fikk flest relevante treff på databasen CINAHL. Vi brukte søkeordene *science*, *stoma*, *coping*, *information*, *Benner* og *Wrubel*. Vi har prøvd å benytte så ny litteratur som mulig, og minst mulig litteratur eldre enn fra 1999. Vi har forsøkt å holde oss til mest mulig primær litteratur, men både primær og sekundær litteratur er brukt i oppgaven. Primær litteratur er når forfatteren presenterer eget arbeid, og sekundær litteratur er når forfatteren siterer eller refererer andre (Dalland, 2005). Vi har med to vitenskapelige artikler i oppgaven som blir presentert under punkt 2.6 og 2.7. Disse ble godkjent av veileder. Som teoretisk

referanseramme har vi valgt å benytte sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel. De har skrevet boken *"The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness"*, som er oversatt til dansk. Vi benytter de tre første kapitlene i den danske versjonen i tillegg til Marit Kirkevolds bok *"Sykepleieteorier – analyse og evaluering"*. Dette som en hjelp til å få oversikt over hovedpunktene i teorien og fordi det er lettere å lese norsk enn dansk eller engelsk, da vi er redd for å misforstå budskapet. Vi er klar over at i Kirkevold er det hennes tolkning av teorien.

2.5 Metodekritikk

I vår opprinnelige problemstilling ønsket vi å fokusere på unge stomipasienter og spørsmålene i intervjuguidene var derfor formulert med fokus på unge mennesker. Vi hadde ikke tatt med avgrensningen om alder i brevene, noe vi i ettertid fant negativt. Hadde vi tatt med dette hadde kanskje informantene satt seg mer inn i den aldersgruppen vi var ute etter. Vi erfarte også at det var vanskelig å finne litteratur om stomi og unge mennesker. Dette burde vi undersøkt tidligere. Vi fikk imidlertid mye god informasjon hos de to informantene, og lærte at det å mestre å få stomi handler mer om forberedelse før operasjonen og selvbilde enn kjønn, alder og sivilstatus. Vi valgte derfor i samråd med veileder å endre problemstilling.

2.6 Presentasjon av vitenskapelig artikkel 1

Artikkelen "*Living with a stoma: a review of the literature*" er skrevet av sykepleier Hannah Brown og universitetslektor Jacqueline Randle, og ble utgitt i tidsskriftet *Journal of Clinical Nursing* nr 14 i 2005. De har gått systematisk gjennom og analysert sykepleielitteratur fra og med 1990 med fokus på hvilke psykiske og sosiale innvirkninger en stomioperasjon kan få på en persons liv. Studiet fremhever de problemene man mener bør reflekteres over og vurderes vedrørende stomipleie. Litteratur gjennomgått i artikkelen antyder at det å få stomi vanligvis har en negativ innvirkning på en persons livskvalitet, samt påvirker livsstilen på ulike måter. Artikkelen informerer også sykepleiepraksisen slik at sykepleiere kan bli bedre i stand til å hjelpe pasienter til å forbedre, opprettholde eller gjenvinne sin helse etter en stomioperasjon. Sykepleiere bør være klar over at pasienter reagerer forskjellig, og at deres reaksjoner kan endres over tid. Kunnskap om de problemer som stomipasienter kan oppleve kan hjelpe sykepleiere til å planlegge pleien tilrettelagt for hver individuelle pasient (Brown og Randle 2005).

2.7 Presentasjon av vitenskapelig artikkel 2

Artikkelen "*Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – En kvalitativ studie*" er skrevet av fylkessykepleier Berit Kvalvaag Grønnestad og førsteamanuensis Astrid Blystad og ble utgitt i tidsskriftet *Vård i Norden* nr 4 i 2004. Artikkelen presenterer funnene i en studie der åtte informanter forteller om sine opplevelser av hvilken informasjon de mottar, om de får dekket informasjonsbehovet med tilstrekkelig, relevant og forståelig informasjon, samt om informasjonen betyr noe for deres evne til å mestre. Funn antyder at god og tilstrekkelig informasjon er av stor betydning for pasientenes opplevelse av håp og trygghet. Studiens informanter hevder at egne initiativ og ressurser er av avgjørende betydning for å få dekket informasjonsbehovet. Studien viser også at pasienter med erfaring fra sykehus tidligere har mindre behov for informasjon enn pasienter som aldri har vært innlagt. Tap av trygghet kan gi behov for mer informasjon, slik at pasientene blir mer forberedt på den nye hverdagen hjemme. Noen pasienter mener at uvisshet er verst, mens andre mener at de blir unødig skremt og at det kan bli for mye informasjon. Sykepleierne må derfor kartlegge den enkeltes informasjonsbehov og supplere med individuelle samtaler (Grønnestad og Blystad 2004).

3.0 Teori

3.1 Patricia Benner og Judith Wrubel som sykepleiefaglig referanseramme

Vi valgte Benner og Wrubels omsorgsfilosofi fordi vi finner den relevant for vår problemstilling. De er opptatt av menneskenes subjektive opplevelser og fokuserer på omsorg, stress og mestring. Vi vil kort forklare sentrale begreper definert i Benner og Wrubels omsorgsfilosofi.

Omsorg: Hovedbudskapet er at ”*omsorg er en grunnleggende måte at være i verden på – omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskets opplevelse af sundhed og sygdom*” (Benner og Wrubel 2001:14). Omsorg i betydningen å bry seg om handler om det som for hver enkelt person er meningsfullt og betydningsfullt. Omsorg i denne betydningen gir muligheter og opphav til mestring, men også til stress, utsatthet og risiko for tap av det meningsfulle eller betydningsfulle. I sykepleien er omsorg sentral for å hjelpe mennesker til å mestre sykdom, lidelse, tap og helsesvikt (Kirkevold 1998).

Menneskesyn: Benner og Wrubel definerer en person som et selvfortolkende vesen som blir definert etter hvert som livet leves. Kropp og sjel er integrert, og menneskers kunnskaper, erfaringer og opplevelser er både intellektuelle og kroppslige. De fokuserer på fire mennesketrekk som gjenspeiler forbindelsen mellom en person og sammenhengen personen befinner seg innefor: *Bakgrunnsforståelse* er den forståelsen en person får ved å vokse opp i en bestemt kultur, gjennom språk og andre kulturformidlende medier. *Kroppslig intelligens* fåes ved å betrakte verden og seg selv på avstand. Kroppens følelser og sanser er medfødt kunnskap som utvikles hele livet. *Concern (spesielle anliggender)* betyr alt mennesker bryr seg om og bekymrer seg for. Et menneskes spesielle anliggender definerer mennesket ved å bestemme hva mennesket er og hvordan verden og ens forhold til den oppleves. *Situasjonsbegrepet* handler om at et menneske alltid er i en situasjon, og oppfatter og involverer seg i den ut fra situasjonens mening. Dette betyr at mennesket har en uhemmet funksjon i situasjoner, de handler uten å måtte stoppe opp, analysere og planlegge (Benner og Wrubel 2001 og Kirkevold 1998).

Kontekst, livsløp og tid: Kontekst er den sosiale, kulturelle og historiske sammenhengen, samt det punktet i livet hvor personen befinner seg. Konteksten kan forandres i ukjente situasjoner der bakgrunnsforståelse, kroppslig intelligens eller selvforståelse ikke strekker til. Gjennom livet blir menneskene stilt overfor mange situasjoner, som erfares individuelt knyttet til hvor i livet man er. Forventningen om at slike situasjoner kan oppstå og forberedelser mentalt til disse kan gjøre det enklere å gjennomgå situasjonene. Menneskene er historiske vesener som opplever tiden som meningsbærende, innholdsfulle tidspunkter. Alle situasjoner man opplever blir knyttet til og får mening fra tidligere opplevde situasjoner og de man forventer i fremtiden (Kirkevold 1998).

Stress og mestring: *"Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet"* (Kirkevold 1998:203). Stress er knyttet både til situasjon og person, og sykdom fører nesten alltid til brudd i uhemmet funksjon og dermed stress. Hva et menneske opplever som stressende og hvilke muligheter det har for å mestre er individuelt. Sykepleiens fokus bør være på personers opplevelse av stress i situasjoner med sykdom, helsesvikt eller tap. Sykepleiens overordnede mål: *"er å hjelpe og styrke den andre til å bli hva han eller hun ønsker å være"* (Kirkevold 1998:208). Sykepleierne må være aktivt tilstede og ha forståelse av pasientenes opplevelse av situasjonen og den konteksten både pasient og sykepleier er i. Dette for å mobilisere håp hos pasienten og hjelpe han til mestring (Benner og Wrubel 2001 og Kirkevold 1998).

Helse, sykdom og symptom: Benner og Wrubel skiller mellom begrepene helse og velvære, der de foretrekker velvære. Helse er den objektive helsetilstanden mens velvære reflekterer en persons opplevde helse og inkluderer personen som helhet. Man må bygge på personens ressurser og hjelpe personen til å se nye muligheter (Kirkevold 1998). Benner og Wrubel skiller mellom begrepene illness og disease, men mener at disse begrepene påvirker hverandre. Med illness menes opplevelsen av sykdommen, mens disease er selve sykdommen. Den menneskelige opplevelsen av sykdom er sentral i sykepleien (Benner og Wrubel 2001). Et menneske opplever seg som syk først når det har symptomer det knytter mening til. Avhengig av hvor i livet man befinner seg, har en sykdom og fasen av sykdommen forskjellig innvirkning og mening på livet (Kirkevold 1998).

3.2 Stomi

Stomi er et gresk ord og betyr åpning eller munning. *"I medisinsk terminologi brukes ordet om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen, enten mellom to hulorganer eller fra et hulorgan og ut fra kroppen"* (Almås 2001:629). I 1952 nådde man en milepæl innenfor stomikirurgien, da den engelske stomikirurgen Brian Brooke utviklet teknikken med å vrenge tarmen før den så ble festet til huden. Denne teknikken brukes fortsatt, både når det gjelder urin og avføring. En stomi kan plasseres flere steder på magen, det er årsaken til inngrepet som bestemmer hvor stomien skal ligge. Noen pasienter får stomi bare for en periode, mens andre får stomi permanent (Almås 2001).

3.3 Selvbilde

Selvbildet er avgjørende for hvordan en pasient mestrer det å få stomi. Pasienter som har et godt selvbilde og er trygg på seg selv i utgangspunktet, mestrer det å få stomi mye bedre enn pasienter som har et dårlig selvbilde (Almås 2001). Selvbegrepet er sammensatt og kan deles opp. *Personlig identitet* vil si å være identisk med seg selv og kommer fram gjennom observasjon og vurdering av seg selv. *Det fysiske selv* er summen av det ubevisste og bevisste man har i forhold til egen kropp, og forandres stadig som følge av erfaringer, sansefølelser og utviklingen fra barndom til alderdom. Kroppen er den mest håndgripelige og synlige delen av selvet og vil være ankerfeste for selvoppfatningen. Kroppsoppfatning er grunnleggende for identiteten og påvirkes av ytre faktorer og idealer. Når deler av det fysiske selvet går tapt, kan selvbildet slå sprekker. *Det personlige selv* er delt i fire. Idealselvet er menneskets oppfatning om hvordan man bør opptre ut fra egne idealer. Det moralske selvet handler først og fremst om menneskets indre verdier og bedømmer hva som er forkastelig og ønskelig atferd i forhold til selvoppfatningen. Selvaktelse er individets oppfattelse av egenverd og påvirker tanker, følelser, mål, lengsler og lignende. Selv-konsistensen omhandler et behov for kontroll for å sikre og trygge individets likevekt (Hummelvoll 2004).

3.4 Psykiske reaksjoner hos stomiopererte

Det å få stomi fører til forandringer som påvirker menneskers liv og hverdag på ulike måter. Noen kan føle lettelse fordi tiden med smerter og plager er over, mens andre kan overse stomien sin eller nekte å godta den. Mange opplever usikkerhet, frykt og frustrasjon på grunn av endret utseende, livsstil og tap av en naturlig funksjon. Pasienter kan føle seg mindreverdige og få lavere selvbilde, samt oppleve reaksjoner som sorg og krise etter en operasjon (Almås 2001). Noen stomiopererte kan føle skam som kan føre til kroppslig og sosial tilbaketrekking, samt isolasjon og depresjon (Gjengedal og Jakobsen 2001).

Det kan være vanskelig for pasientene å akseptere at de mister kontroll på avføring eller urin. Noen er redde for at stomiposen skal lekke og at det kan komme lyder og lukter som pasientene ikke har kontroll over (Almås 2001). Fra man er små lærer man at menneskers avfallsprodukter er noe man ikke er i direkte berøring med, eller snakker så mye om. Disse normene og denne lærdommen blir stilt på prøve når et menneske får stomi, siden de må se og røre ved sin stomi daglig (Gjengedal og Jakobsen 2001).

3.5 Stress, krise og mestring

Stress betegner ulike typer belastninger menneskene utsettes for, fysiologiske og psykologiske reaksjoner og subjektiv opplevelse i møtet med disse belastningene, samt ulike konsekvenser av stressreaksjonene. Lazarus og Folkman hevder at psykologisk stress ikke kan forstås uavhengig av den personen det gjelder, og definerer begrepet slik:

”Psykologisk stress er derfor et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare” (Kristoffersen 2005:212, bind 3).

Personens egen tolkning og vurdering av situasjonen er sentralt, og det er derfor individuelt hva som oppleves som stressende (Kristoffersen 2005, bind 3).

Livskriser er en indre opplevelse og ikke en ytre situasjon og kan føre til mange følelser og reaksjoner. Livskriser kan være alt fra store, traumatiske og dramatiske hendelser til dagligdagse, mindre hendelser. Når livet tar en uventet retning opplever mange å være i krise, for eksempel ved alvorlig sykdom. Kriser og hjelpeløshet kan føles overveldende. Det er lett å tenke negativt uten å klare å finne løsninger eller se lyst på ting. Krisereaksjoner er et samspill av ytre situasjon, hvilken rolle den enkelte har og hvordan den enkelte reagerer. Denne reaksjonen avhenger av hvor robust man er, tidligere opplevelser og hvordan man er formet og påvirket av disse (Stubhaug 2008).

Mestring ligger i måten man lever og tenker på til daglig. Livet kan gi mennesker ulik medfart med forskjellige opplevelser, tap og seire som former, styrker og svekker evnen til mestring på ulike vis. Stubhaug (2008) forklarer mestring ved å godta det som ikke kan endres, mot til å endre det som kan endres og evnen til å se forskjellen. Det finnes ikke gode oppskrifter på mestring, og man kan ikke instruere andre hvordan de skal mestre eget liv. Noen ganger kan mennesker likevel være så låste i sine negative tanker at de trenger hjelp til å mestre (Stubhaug 2008). Faktorer som innvirker på mestring ved sykdom er personens behov og verdier, livssyn, kultur, tidligere erfaringer og kunnskaper og ferdigheter knyttet til situasjonen. Ved å påvirke disse faktorene kan sykepleierne bidra til økt mestring hos pasientene (Kristoffersen 2005, bind 3).

3.6 Preoperative standarder

Nordisk stomisamarbeid har laget en veiledende standard for preoperativ informasjon, der målgruppen er sykepleiere. Standardformuleringen er som følger: *"Pasientene skal være velinformert om bakenforliggende sykdom, ha kunnskap om og ha forstått hva stomioperasjonen innebærer"* (Nordisk stomisamarbeid 1997:4). De begrunner standardformuleringen med at sykepleierne har en yrkesetisk plikt til å gi informasjon. De skriver videre at ifølge Granum (1994) har pasientene større forutsetninger for å delta aktiv i helbredelsesprosessen dersom de har fått tilfredsstillende informasjon før operasjonen. Det å være psykisk forberedt har en innvirkning på postoperative reaksjoner, og kan innvirke positivt på mestring (Nordisk stomisamarbeid 1997).

3.7 Preoperativ informasjon

Det å gi informasjon inngår i sykepleiernes pedagogiske funksjon. Den innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleierne har ansvar for, som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. Det er relevant og hensiktsmessig å informere i situasjoner der hensikten er å formidle opplysninger og fakta (Tveiten 2008). I Tveiten (2008) definerer Pearsall (1998) begrepet informasjon som opplysning eller underretning.

”Uansett hvor snevert eller vidt man definerer begrepet informasjon, er informasjonen svært viktig. Pasienter, klienter og pårørende har behov for og rett til informasjon om det som angår dem selv. Mangel på informasjon kan gi utrygghet, usikkerhet og økt lidelse” (Tveiten 2008:68).

Ifølge helsepersonelloven § 10 har sykepleierne plikt til å informere pasientene, og ifølge pasientrettighetsloven § 3-2 har pasientene krav på nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre heter det i samme lov, § 3-5, at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og tilpasses individuelle forutsetninger. I pasientrettighetsloven § 3-1 står det at pasientene har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp (Andenæs og Olsen 2003). Sykepleierne skal samarbeide med pasientene og legge til rette for pasientmedvirkning, noe som kan fremme pasientenes mestring (Tveiten 2008).

Preoperativ informasjon bør være realistisk og i samsvar med det pasientene kommer til å oppleve for å redusere utrygghet, angst og stress (Kristoffersen 2005, bind 3). Tilstrekkelig og god informasjon preoperativt gir trygghet og kan føre til at pasientene mestrer det å få stomi bedre. Sykepleierne skal informere pasientene om stomioperasjonen ut fra deres ressurser, tidligere erfaringer, kunnskap og livssituasjon. Siden pasientene er i en sårbar situasjon, er det viktig og gi informasjonen gradvis etter pasientenes tempo. Sykepleierne må sikre seg at pasientene har fått med seg det som er sagt, og at de har forstått innholdet i samtalene (Almås 2001).

Når sykepleierne skal gi informasjon, er det viktig at de ytre rammene er tilrettelagt, at man setter av god tid og at man tar pasientene inn på et eget rom. Når legene gir informasjon til pasientene bør sykepleierne være med. Dette fordi pasientene og deres pårørende ofte kommer med spørsmål i etterkant og da kan sykepleierne svare på disse. Det er viktig at

pasientene får stille spørsmål, utrykke sine tanker og bekymringer. Pasientene bør oppfordres til og skrive ned spørsmål som de kommer på etter hvert. Det er også viktig å legge til rette for at pårørende kan være med når informasjon gis til pasientene, da de kan være en ressurs å gi god støtte til dem. De kan hjelpe pasientene med å huske informasjon og komme med spørsmål som pasientene selv kanskje ikke kommer på. Men pasientene skal alltid gi sitt samtykke før pårørende får være med (Almås 2001).

I dag utredes ofte pasienter poliklinisk og innlegges dagen før eller selve operasjonsdagen. Det kan bli dårlig tid til preoperativ informasjon og pasientene bør derfor få skriftlig informasjon tilsendt hjem. Denne kan de lese i fred og ro samt repetere etter behov. Informasjon rett før operasjonen kan gi økt angst og redusert evne til å ta imot informasjon (Kristoffersen 2005, bind 3).

Målet med forberedelse av pasienter som skal gjennomgå en operasjon er at pasientene skal mestre situasjonen både pre – og postoperativt. Kirurgiske pasienter opplever stress, ved at de skal gjennomgå et kirurgisk inngrep. De kan oppleve varierende grad av angst, uro og bekymring knyttet til situasjonen. De er i en ny rolle i et ukjent miljø, med ukjente rutiner og hjelpere, og med endret mulighet til å dekke sine behov. Preoperativ informasjon er en viktig del av de preoperative forberedelsene. Informasjon om prosedyrer beskriver det som planlegges og gjøres, hensikt, utstyr og fremgangsmåte. Sensorisk informasjon omhandler alt pasientene kommer til å oppleve via sine sanser. For eksempel kan sykepleierne informere om hvordan stomien kan se ut etter operasjonen. Informasjon om pasientrollen omfatter kunnskap som pasientene trenger for å kunne utføre pasientrollen på en hensiktsmessig måte. For eksempel kan sykepleierne informere om hvilke forhåndsregler pasientene bør ta postoperativt (Kristoffersen 2005, bind 3).

I Norge er det en organisasjon som heter Norilco (Norsk forening for stomi og reservoaropererte). Foreningen gir ut eget medlemsblad og driver blant annet med opplysende og veiledende virksomhet samt likemannsarbeid. Medlemmene kan utveksle erfaringer og hjelpe hverandre til å akseptere det å ha fått stomi og reservoar. Likemannsarbeid vil si å møte et annet menneske med stomi, noe som ofte kan være til hjelp for mange. Da ser pasientene at det er mulig å leve et normalt liv med pose på magen (Norilcos hjemmeside på Internet).

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte betydningen av preoperativ informasjon slik at pasienter som skal få stomi lettere kan mestre sin nye hverdag. Vi vil benytte informasjon fra intervjuene, de to vitenskapelige artiklene og teori presentert tidligere i oppgaven. Vi vil også bruke sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel, samt egne erfaringer, synspunkter og tanker.

4.1 Stress, krise og psykiske reaksjoner

I Almås (2001) kan vi lese at det å få stomi innebærer at pasienten får lagt ut tarm eller urinveier på magen. Dette medfører tap av en naturlig funksjon og kan føre til ulike psykiske reaksjoner. Disse reaksjonene kan være alt fra lettelse til følelser som frustrasjon, uvisshet, redsel, sinne, sorg og krise (Almås 2001). Vi spurte informantene om de kunne fortelle oss om noen av sine møter med stomipasienter. Det kom fram av intervjuet at pasienter reagerer svært ulikt når de får stomi. Informant 1 sier:

”...det har vært...alle ytterpunkter. Det har vært dem som har akseptert det veldig bra...de som...har...vært skrekkslagen og de som...sier at dette kan jeg aldri leve med...”

Informant 2 sier:

”...jeg har truffet en pasient...som fikk stomi da hun var litt over 30. For henne var det en helt ny verden, en lettelse, for de med morbus Crohn og ulcerøs colitt, de har...diarè og...plages med at de må springe på do...og har egentlig ikke et sosialt liv på grunn av dette...de er redde for lekkasje...Det å få en stomi som du kan tømme og ha full kontroll på...gjør faktisk at de har det bedre...”

Vi mener at det å få stomi kan være en stor omveltning i pasientenes liv. Vi har i vår praksis opplevd at pasienter har akseptert og er lettet over å ha fått stomi, men tror allikevel at de fleste før eller siden kan få en negativ reaksjon. Dette er også noe informant 1 uttaler:

”...når det går en tid etterpå...selv om de har akseptert det...sliter de med og skal leve med det...”

Vi har også opplevd at når pasientene kommer til avdelingen er de usikre og engstelige i forhold til den nye situasjonen de befinner seg i. Benner og Wrubel snakker om omsorg i betydningen av å bry seg om. Menneskene bryr seg om alt som for dem er meningsfullt og disse tingene har sammenheng med menneskenes opplevelse av sitt liv. Når et menneske mister noe meningsfullt og kommer i ukjente omgivelser kan de oppleve stress (Kirkevold 1998). Dette kan vi tolke slik at når pasienter skal få stomi, taper de en funksjon som for dem er meningsfull. Når de i tillegg står foran en operasjon og blir innlagt på sykehus, mister de kontroll over situasjon og omgivelser. Dette kan føre til stress og krise hos pasientene. Kristoffersen (2005) forklarer stress som ulike typer belastninger mennesker utsettes for. Stress er en individuell opplevelse og kan gi ulike reaksjoner hos pasientene. Benner og Wrubel definerer stress som et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon (Kirkevold 1998). Vi tolker denne definisjonen som at mennesker kan oppleve stress dersom de kommer ut av sine rutiner i hverdagen og opplever en ukjent situasjon der de føler mangel på kontroll og erfaring.

Det å få en stomi tror vi kan være en stressende situasjon der pasientene kan oppleve å være i krise. Stubbhaug (2008) bruker ordet livskrise, fordi det er nettopp små og store opplevelser i livet som kan oppleves som kriser. I likhet med opplevelsen av stress, er livskriser en indre og individuell opplevelse som kan ramme når livet tar en uventet retning (Stubbhaug 2008). Reaksjonen på det å få stomi, avhenger av tidligere erfaringer, hvor sterk man er psykisk og hvordan man ser på seg selv; selvbildet (Almås 2001).

4.2 Selvbilde, pasientmedvirkning og mestring

Pasienter som har et godt selvbilde og er trygge på seg selv i utgangspunktet, mestrer det å få stomi mye bedre enn pasienter som har et dårlig selvbilde (Almås 2001). I teorien ser vi at selvbegrepet er delt i flere deler og begreper som det fysiske selv, kroppoppfatning, selvaktelse og idealselv er nevnt (Hummelvoll 2004). Slik vi ser det er det en sammenheng mellom disse delene som til sammen utgjør hele selvbildet. Innenfor det fysiske selv inngår kroppoppfatningen. Vi tenker at når man får en synlig forandring på kroppen, slik man får

med en stomi, kan kroppssoppfatningen endres. I tillegg har pasientene mistet kontrollen over en naturlig funksjon. Kroppsbildet er en viktig del av hverdagen, og i vårt samfunn fokuseres det mye på det å ha en vellykket og attraktiv kropp (Salter 1997). I en studie av Liddel et al. (1995) fant man at det å diskutere og velge selv hvilke prosedyre man skal ha preoperativt har stor innflytelse på kroppsbildet i etterkant. I en undersøkelse av Piwonka og Merino (1999) fant man blant annet at mennesker som oppfattet en mindre endring i kroppsbilde etter å ha fått stomi tilpasset seg snarere et liv med stomi enn de som opplevde en mer dramatisk endring i kroppsbilde (Brown og Randle 2005).

I Andenæs og Olsen (2003) kan vi lese at pasientene har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp. Sykepleierne skal samarbeide med pasientene og legge til rette for pasientmedvirkning, noe som kan fremme pasientenes mestring (Tveiten 2008). Benner og Wrubel forklarer mestring med hva man gjør med det de kaller brudd i mening. Vi tolker dette slik at det er snakk om hva man gjør når man opplever stress og krise, for eksempel hvordan pasienter mestrer det å få beskjed om at de trenger stomi. Benner og Wrubel sier at muligheten for mestring er individuell og bestemmes av karakteristiske mennesketrekk som sier noe om forbindelsen mellom personen og sammenhengen han befinner seg i (Kirkevold 1998). Dette tolker vi som at menneskenes evne til å mestre er ulik og formet av deres livserfaringer. Stubhaug (2008) forklarer mestring ved å godta det som ikke kan endres, mot til å endre det som kan endres og evnen til å se forskjellen. Vi spurte informant 1 om hennes erfaringer i forhold til viktige faktorer ved det og mestre å få stomi. Vi trodde alder, kjønn og sivilstatus var sentrale faktorer, men informant 1 kunne fortelle at:

”...Jeg tror mer hvilken type person du er, altså hvilken ballast du har med deg fra før, hvilken erfaring du har, hvor forberedt du er. Jeg tror det spiller større rolle enn hva slags alder, kjønn og sivilstatus...”

Vi har i vår praksis pratet med pasienter som har sagt at det verste for dem ikke var at de skulle få pose på magen, men at de var redde for lukt og lekkasje fra stomien. Vi tenker at i vårt samfunn blir man påvirket av massemedia og normer. Disse sier noe om at man ikke skal snakke høyt om avføring og lukter, samt at mennesker skal være perfekte. Dette tror vi kan resultere i at idealselvet, som sier noe om hvordan vi ønsker å være, kan slå sprekker. Dette kan igjen gå ut over selvaktelsen, som sier noe om hvor høyt personen verdsetter seg selv. Vi gjør oss tanker om at pasienter som er veldig opptatt av utseende og kropp, samt de som er usikre på seg selv og kroppen sin, kanskje opplever det å få stomi som verre enn pasienter

som er trygge på seg selv. Vi tror derfor det er viktig at sykepleierne ser pasientene som individuelle personer, med ulike erfaringer og ressurser. Vi ser en sammenheng, og tenker at dersom pasientene får medvirke i egen behandling kan dette føre til økt selvbilde, og dermed økt mestring.

4.3 Preoperativ informasjon og mestring

I tillegg til selvbilde, ressurser og tidligere erfaringer er det å være forberedt viktig for evnen til å mestre. I Kristoffersen (2005) kan vi lese at målet med forberedelse av pasienter som skal gjennomgå en operasjon, er at pasientene skal mestre situasjonen både pre – og postoperativt. Informasjon er en viktig del av de preoperative forberedelsene, den bør være realistisk og i samsvar med det pasientene kommer til å oppleve for å hindre utrygghet, angst og stress (Kristoffersen 2005). Nordisk stomisamarbeid (1997) anser preoperativ informasjon som så viktig at de har utarbeidet en standardformulering som går ut på at pasientene skal være velinformerte om sykdom, ha kunnskap om og forstått hva stomioperasjonen innebærer. De begrunner denne standardformuleringen med at pasientene kan delta mer i behandlingen og egen helbredelse dersom de er psykisk forberedt (Granum 1994 i Nordisk stomisamarbeid 1997). I følge helsepersonelloven har sykepleierne plikt til å gi tilstrekkelig informasjon, og i pasientrettighetsloven kan vi lese at pasientene har krav på informasjon og medvirkning i egen behandling (Andenæs og Olsen 2003). I et av intervjuene kom det fram at det er en sammenheng mellom hvor forberedt pasientene var før operasjonen og hvordan de mestret det å få stomi. Informant 1 sier:

”...dem som har akseptert det veldig bra...har vært forberedt, det med forberedelse er viktig...”

Informant 1 var også opptatt av at pasienter med grunnsykdommer som ofte kan resultere i en stomi, bør få tidlig informasjon om at de kanskje en gang trenger stomi. Pasienter som får stomi for en periode bør få informasjon om at de kanskje ender opp med en permanent stomi.

Informant 1 sier:

”...vitenskapelige undersøkelser som er gjort...på hvilken kvalitet de får med stomi...sier at de som...blir fortalt på forhånd at i løpet av sykdomshistorien...kan det hende at du får...stomi en periode...har man...funnet...at de som har hørt om det og vet at de kanskje får det...tar det mye bedre enn de som aldri har hørt noe om det...Mange får...kanskje høre at dette (stomien)... skal du bare ha i tre måneder eller seks måneder, så blir stomien lagt tilbake, og så blir det ikke slik...det blir for mange en stor skuffelse...man bør si at det også kan være at de ikke får lagt stomien tilbake...forberedelser har veldig mye å si...”

Vi kan tenke oss til at det er stor forskjell på preoperativ informasjon i forhold til om operasjonen er planlagt eller akutt. I en akutt situasjon tror vi at det ofte er dårlig tid til å informere pasientene, og informasjonen blir nok ikke alltid oppfattet like godt. Dette tenker vi fordi dersom en pasient blir akutt syk og trenger operasjon snarest, er både pasient og sykepleiere i en stresset og hektisk situasjon. I en slik situasjon tror vi det fokuseres mer på det praktiske. Følgende utsagn fra informant 2 mener vi sier noe om hvor viktig preoperativ informasjon er:

”...Er det planlagt...har de vært gjennom...en prosess...dette med å mestre fra å ha gått gjennom fasene sammen med legen og planlagt og går til operasjon, tror jeg er mer forberedt enn de som kommer akutt inn...når det gjelder informasjon på preoperativt planlagt, så tror jeg de er flinke å fortelle og forklare...det er sammenheng mellom det praktiske, at de mestrer stell, informasjon og hvordan de mestrer det psykisk...”

4.4 Ulike behov for preoperativ informasjon

Informantene i studien av Blystad og Grønnestad (2004) hevdet at behovet for informasjon avhenger av personlige ressurser og erfaring som pasient. Informantene mente at de som har vært pasienter tidligere kan mestre sykehusoppholdet bedre, få en bedre evne til å innhente informasjon og har et redusert behov for informasjon. Erfarne pasienter mente at det i stor grad er opp til dem selv å få den informasjonen de trenger, og fremhevet viktigheten av pasientmedvirkning. Pasienter som ikke har vært på sykehus før, sier at de er lite aktive til å innhente informasjon. Informantene hevdet også at de ressursvake får minst informasjon, og at det har med allmennkunnskaper, miljø, selvtillit, læring og trygghet å gjøre (Blystad og Grønnestad 2004).

Kerstin Andersson deler begrepet trygghet inn i grunntrygghet og situasjonsrelatert trygghet. Grunntrygghet betyr en relativt stabil trygghet i personer, mens situasjonsrelatert trygghet avhenger av den situasjon personene er i. Hun hevder at pasienter med lav grunntrygghet snarere blir utrygge i uvante situasjoner, for eksempel ved sykdom. Informasjon kan øke den situasjonsrelaterte tryggheten ved at den påvirker hvordan situasjonen tolkes. Informasjon om diagnose og behandling kan redusere fantasier og redsler om det verst tenkelige. Andersson hevder at hvor utrygge personene er avhenger av hvor truet livskvaliteten deres er. Behovet for informasjon oppstår i hovedsak først når ubehag, smerte eller andre erfaringer blir knyttet opp mot usikkerhet i forhold til egen helsetilstand. Det er vanskelig å vite hvor mye informasjon hver enkelt pasient har behov for. Dette krever tid, omtanke og kjennskap til den enkelte pasient. Pasienterfaring gir situasjonsrelatert trygghet som igjen gir mestring. Trygghet og selvtillit ble beskrevet som viktige ressurser for mestring. Fordi pasientene befant seg i en usikker situasjon ble informasjon om diagnose, prognose, behandling, konsekvenser for kroppslig funksjon, og om de kunne leve et normalt liv etter operasjonen, beskrevet som det viktigste. All annen informasjon ble mindre viktig i den preoperative fasen (Blystad og Grønnestad 2004).

Benner og Wrubel mener at velvære inkluderer personen som helhet og fokuserer på begrepet illness, som de definerer som personens subjektive opplevelse av en sykdom. Dette tolker vi som at menneskenes personlige og individuelle opplevelser er sentrale i en hver sammenheng uansett hvor i livet man befinner seg. Vi tenker på det Benner og Wrubel sier om kontekst,

kontroll og mestring når vi leser dette med at pasienter som har mye erfaringer fra sykehus, mestrer lettere enn de pasientene som aldri har vært på sykehus. Benner og Wrubel sier at personer bestandig er i en situasjon og i de vante situasjonene handler de automatisk. Kommer de derimot i en ny og uvant situasjon der det er fare for tap av noe meningsfullt kommer de ut av sammenhengen, mister kontroll og har vanskeligere for å mestre (Kirkevold 1998). Informant 2 sier noe om at pasienter har ulike behov for informasjon, alt etter hva de har opplevd og erfart tidligere:

”Hvor mye pasientene vet, har vel kanskje noe med livssituasjonen, om de har noen nære i familien som kanskje har stomi... sånn at de kanskje kjenner til stomi...”

Vi tror at pasienter som aldri har vært på sykehus før har vanskeligere for å stille spørsmål, enn pasienter som har vært på sykehus mange ganger tidligere, og er blitt litt tryggere på pasientrollen. I vår praksis har vi sett at pasienter som har vært mye på sykehus føler seg nesten ”hjemme”. Disse pasientene hadde mye og snakke om og stilte mange spørsmål i forhold til pasientene som var i en helt ny situasjon. Det vi opplevde noen ganger var at de pasientene som ikke stilte spørsmål, nesten ble glemt. Dette synes vi er viktig at sykepleierne husker på når de skal informere uerfarne pasienter, slik at de kan bli tryggere i den nye situasjonen. Dette tror vi kan føre til at de lettere åpner seg og tør komme med spørsmål, noe som igjen kan bidra til en økt følelse av mestring hos pasientene.

4.5 Ulike måter å gi informasjon på

I følge Tveiten (2008) er det å gi informasjon en viktig oppgave for sykepleierne og den må gis slik at pasientene forstår hva som blir sagt. Dette gir pasientene kunnskaper slik at de kan medvirke i egen behandling og ta egne valg, som igjen kan føre til at pasientene lettere mestrer sin nye situasjon. I teoridelen har vi beskrevet det Almås (2001) betrakter som viktig når sykepleierne skal gi informasjon. Sykepleierne skal informere pasientene om stomioperasjonen ut fra deres ressurser, tidligere erfaringer, kunnskap og livssituasjon (Almås 2001). Almås skriver at det er viktig å ta seg god tid til å snakke med pasientene i enerom og gi informasjonen gradvis etter pasientenes tempo. Hun skriver også at sykepleierne bør være

med når legen snakker med pasienten, slik at sykepleierne i etterkant kan sikre seg at pasientene har forstått informasjonen og svare på eventuelle spørsmål fra pasientene (Almås 2001). Informant 2 sier noe om det å gi informasjonen gradvis:

”...dette med å informere om at der er mange ting som skal skje, men at vi går sakte fram, det tror jeg er viktig...og ikke fyller på med masse informasjon, for det er det å greie å holde på det og huske det...”

Vi mener det er sentralt for pasientenes evne til mestring at sykepleierne sikrer seg at de har fått tilstrekkelig informasjon og forstått den. Pasientene vil da kanskje føle seg tryggere og lettere ta del i egen behandling og sykdom. Dette kan igjen føre til økt følelse av mestring. Vi har erfart fra praksis at pasienter ofte kommer til avdelingen dagen før operasjonsdagen og at det da er mye fokus på preoperative forberedelser med tanke på den forestående operasjonen. I en travel avdeling tror vi det kan bli knapt med tid til å sette seg ned og ivareta pasientenes behov for informasjon. Det er da et pluss med skriftlig informasjon som pasientene kan lese om og om igjen. Vi synes imidlertid ikke skriftlig informasjon er tilstrekkelig alene, fordi sykepleierne ikke vet om pasientene har lest og forstått informasjonen. Når vi har vært i praksis har vi også opplevd at pasientene kommer med de fleste spørsmålene etter at legen har gått. Dette tror vi er fordi pasientene har hatt tid til å bearbeide det som legen har sagt og først da kommer med spørsmål. Dette synes vi understreker viktigheten av at sykepleierne er til stede når legen gir informasjon til pasientene. Vi mener det er viktig at pasientene får informasjonen gradvis og at den blir gjentatt etter behov. Dette fordi vi har sett at pasienter blir mer forvirret og engstelige når de har fått for mye informasjon. Vi har også opplevd at pasienter ikke klarer å oppfatte all informasjon de får. Vi har da måttet repetert informasjonen vi hadde gitt pasientene tidligere. Vi mener også at sykepleierne må vurdere i hvert enkelt tilfelle informasjonens innhold og omfang preoperativt; hva som er relevant for pasienten. Utsagnet fra informant 2 sier noe om hvor viktig det er å ta hensyn til hver enkelt pasient i måten å gi informasjon på:

”...Det å informere...en...pasient, det må...være...hvor...langt er han (pasienten) kommet i reaksjonene og prosessene, at man ikke pøser på med masse informasjon...kanskje bare ta ett skritt per dag...”

Informant 2 sier videre:

”...det er...kjempeviktig med gjentatt informasjon...at de får brosjyrer, får lov å stille spørsmål...samarbeid med pasienten er veldig viktig...”

I artikkelen av Brown og Randle (2005) er det beskrevet en studie av Baxter og Salter (2000). De mener at sykepleiere kan ha en nøkkelrolle både pre- og postoperativt i pleien av stomipasienter. Dersom sykepleiere gir muligheter for generell og åpen kommunikasjon, er det mer sannsynlig at positive følelser blir forsterket hos stomipasienter, som ofte har motstridende følelser. Sykepleiere bør oppmuntre pasienter til å uttrykke sine følelser. Litteratur antyder at det å inkludere pasienter preoperativt vedrørende å ta avgjørelser er en indikator på tilpasning. Shaw et al. (2003) gjentar at det er en sammenheng mellom oppfattet kontroll og fysisk helse, slik at helsen er bedre hos de pasienter som opplever en bedre kontroll over sykdommen. Det er bare når pasienter har fått tilstrekkelig med informasjon slik at de forstår at sykepleierne kan bruke pasientenes egne beslutninger (Irvine 1996). Han sier videre at det er viktig at sykepleierne tilpasser seg pasientenes språk og at det kanskje vil være mer effektivt å bruke pasientenes ord og termer når man beskriver tjenester og behandling (Brown og Randle 2005).

Kristoffersen (2005) påpeker viktigheten av skriftlig informasjon i form av blant annet brev hjem og brosjyrer. I artikkelen av Blystad og Grønnestad (2004) fant man imidlertid at informantene syntes den skriftlige informasjonen hadde begrenset nytte, da de ikke var så flinke til å lese grundig nok gjennom den. Informant 2 sier:

”...Å bare gi brosjyrer og si les denne...blir for dårlig...”

Vi tolker skriftlig informasjon som både den informasjonen pasienten får sendt hjem og eventuelle brosjyrer og skriv som pasienten får på sykehuset etter innleggelsen. Tatt i betraktning av funnene i Blystad og Grønnestad (2004) ser vi det at for å få nytte av skriftlig informasjon må pasientene forstå viktigheten av å lese denne. Vi tror kanskje sykepleierne bør bli flinkere til og spørre pasientene om de har lest, og forstått den skriftlige informasjonen de har fått. Pasienter har fortalt oss at de synes at det kan være vanskelig å forstå innholdet i

brevene de får tilsendt hjem, da de ofte inneholder medisinske faguttrykk og fremmedord. Vi anser da verdien av brevene som lite nyttig, dersom pasientene ikke forstår det de leser.

4.6 Pasienters synspunkt på informasjon

Informantene i studien av Blystad og Grønnestad (2004) synes det var svært viktig å få informasjon. Informasjon preoperativt reduserer stress og angst i forbindelse med operasjonen, gjør forberedelsen på det de skal gjennomgå lettere, øker evnen til mestring og følelsen av at de har kunnskaper. Det aller viktigste for informantene var å få følelsen av trygghet og håp. Informantene hadde behov for informasjon om egen helsetilstand, fremtidsutsikter, hvordan forholde seg til det de skal gjennomgå og om de er trygge på sykehuset. Funn viser at kunnskap om helsetilstand og fremtidsutsikter gir informantene opplevelse av å ha kunnskap, fjerner engstelse og usikkerhet og er viktig for å bearbeide følelser knyttet til sykdommen. Pasientene får oversikt over situasjonen og opplevelsen av å ha kontroll. Dette skaper igjen trygghet og håp. Informasjon om hvordan pasientene skal forholde seg til det de skal gjennomgå, skaper trygghet i forhold til pasientrollen og behandlingstiltak, samt hjelper pasientene til å forberede seg. Informantene har også behov for informasjon som bidrar til at de føler seg trygge og ivaretatte på sykehuset. De anser det som en trygghet at personalet har kunnskap og kompetanse som kommer til syne når de svarer på spørsmål. Dette gir pasientene tillit til personalet (Blystad og Grønnestad 2004).

Vi har opplevd at når pasientene føler seg trygge og ivaretatte, samt har tillit til sykepleierne, kommer de oftere med spørsmål. Vi har møtt pasienter som ikke tør komme med spørsmål, fordi de tror spørsmålene er dumme, men som de etter hvert har turt og stille når de føler at de "kjenner" sykepleierne bedre. Vi ser og har opplevd hvor viktig det er at pasientene føler seg trygge og ivaretatte. Dette fører igjen til lettere mestring postoperativt. I Kristoffersen (2005) kan vi lese at pasienter som skal gjennomgå en operasjon kan oppleve varierende grad av angst, uro og bekymring knyttet til den nye og ukjente situasjonen og miljøet de er i. Preoperativ informasjon bør inneholde informasjon om hva som skal skje og hensikt med prosedyrer. Informasjonen bør også omhandle alt pasientene kommer til å oppleve via sine sanser, samt informasjon om pasientrollen (Kristoffersen, 2005 bind 3). Dette ser vi samsvarer med funnene i Grønnestad og Blystad (2004) vedrørende hvilke preoperativ informasjon informantene la vekt på.

Informantene i Grønnestad og Blystad (2004) mente videre det ble snakket lite preoperativt om normale kroppslige reaksjoner på operasjonen og fare for komplikasjoner postoperativt. Dette resulterte i ubehagelige overraskelser etter operasjonen, usikkerhet og engstelse. De hadde blitt godt forberedt på selve operasjonen, men lite på tiden etter. Dette førte til at informantene fikk et stort behov for at pleierne skulle forsikre dem om at alt de opplevde var normalt. Pasientene som hadde fått postoperative komplikasjoner etterlyste mer informasjon om dette preoperativt, enn de som ikke fikk komplikasjoner. De mente at for mye informasjon om komplikasjoner ville skape redsel. Pasientene som aldri hadde vært gjennom en operasjon, hadde et større behov for informasjon enn de som hadde vært operert tidligere. Vi ser her en sammenheng mellom informantenes egne synspunkter på preoperativ informasjon og det teorien sier om at pasienter har ulike behov for informasjon (Grønnestad og Blystad 2004). Informant 2 sier noe om at preoperativ informasjon om mulige komplikasjoner kan være viktig for pasientenes mestring postoperativt:

”...når det gjelder informasjon på preoperativt planlagt operasjon...tror jeg de er flinke til å fortelle og forklare, mens på...akutt er det kanskje litt mer sparsomt med informasjon...De får kanskje beskjed om at vi går inn og opererer deg, men vi kan forberede deg på at der er stomi når du våkner. Og da er det kanskje det tøffeste for dem, at der plutselig er en pose på magen, kanskje midt i en hudfold, så du blir plaget med komplikasjoner etterpå...”

Vi har opplevd at enkelte pasienter har lest mye på Internet hjemme, og føler at de vet det de trenger. Det vi opplevde da vi snakket med en pasient var at han ikke hadde forstått all informasjonen han hadde tilegnet seg. Vi har i vår praksis opplevd at pasienter som har blitt operert akutt og fått komplikasjoner postoperativt har vært misfornøyd med den preoperative informasjonen, og uttrykt frustrasjon og bitterhet. På den andre siden har vi opplevd pasienter der hele operasjonen og den postoperative fasen forløp uten komplikasjoner. Disse pasientene har bare hatt positive ting å si om hele sykehusoppholdet og latet til å mestre sin nye situasjon lettere enn pasientene som fikk komplikasjoner.

I studien fant man at informantenes samtaler med sykepleierne på sengeposten i liten grad ble ansett som undervisning. De så heller ikke på sykepleierne som en stor kilde til informasjon (Grønnestad og Blystad 2004). Vi undrer oss over hvorfor sykepleierne ikke ble sett på som en kilde til informasjon. En av grunnene tror vi kan være at leger og spesialsykepleiere kanskje ansees som mer kunnskapsrike og at pasientene legger mer vekt på informasjon fra

disse. En annen grunn kan være tidspresset på avdelingen og at sykepleierne ikke er flinke nok til og ta seg tid.

4.7 Andre kilder til informasjon

Vi vil til slutt drøfte hvordan andre kilder til informasjon kan påvirke pasientenes evne til mestring både i positiv og negativ retning. Dette mener vi er viktig å ta med i denne oppgaven fordi slike andre kilder til informasjon også påvirker sykepleiernes rolle. I følge Stubhaug (2008) er Internet en kilde til hav av kunnskap som kan gi både økt forståelse og fortvilelse. Vi mener at pasienter i dag er mer opplyste fordi de kan innhente informasjon på Internet og i andre medier som TV, ukeblader og tidsskrifter. Vi kan tenke oss at mennesker som får beskjed om at de trenger å få en stomi, sannsynligvis vil innhente all mulig informasjon om stomi. På den ene siden tror vi dette kan være positivt, fordi pasientene får kunnskaper, og dermed blir mer forberedt. De kommer kanskje på spørsmål de vil stille, ser på bilder av stomier og søker opp chattesider og organisasjoner der de kan prate med noen som har stomi. På den andre siden tror vi det kan være negativt å innhente informasjon selv, fordi pasientene kan feiltolke informasjonen og det kan virke uoverkommelig og skremmende. Samtidig vet man ikke om pasientene har forstått det de leser og man vet heller ikke hvor troverdig all informasjonen de tilegner seg er. Dette tenker vi stiller økte krav til sykepleierne. For det første bør de kunne svare på spørsmål pasientene har etter å ha skaffet seg informasjon selv. For det andre bør de kunne klare opp i eventuelle misforståelser og vrangforestillinger pasientene kan ha fått. Informant 1 sier:

”...Av de som vet at de skal få stomi, er det veldig mange...som går på nett...og leser veldig masse...på nett står også gode erfaringer, dårlige erfaringer, og det kan bli litt skremmende en del ting...Men de vet mer de som vet at de skal få stomi...det viser seg at de som kjenner noen og vet at folk takler det, er mye lettere å få med videre... Norilco har...en gruppe der de kan prate med all slags folk og du får svar og tilbakemelding...”

I teoridelen har vi beskrevet hva Norilco og likemannsarbeid er. Vi synes det er viktig at sykepleierne informerer pasientene om de mulighetene som finnes og tilby pasienten kontakt med noen i Norilco dersom det er ønskelig. Begge våre informanter understreker den positive

virkingen likemannsarbeidet kan ha på pasientene og viktigheten av å føle felleskap.

Informant 2 sier:

”Det er jo...dette med å trekke...inn likemenn...i forhold til informasjon og støtte...Man kan spørre om man skal ringe dem og ha en liten telefonkontakt...”

Informant 1 sier:

”...Det...likemannsarbeidet som foregår...tror jeg...kan hjelpe mange...Jeg samarbeider mye med Norilco...på grunn av at jeg vet at likemannsarbeidet betyr mye ...så alle...jeg er i kontakt med, tilbyr jeg en kontakt i Norilco, og at de får snakke med en på sin alder...der de møter andre, det betyr utrolig mye...”

Det at det finnes en organisasjon der stomipasienter kan få hjelp, støtte, informasjon, samt møte andre som har vært eller er i samme situasjon, tror vi er meget positivt. Vi vet om pasienter som har hatt stor nytte av likemannsarbeid. De gikk fra en situasjon de hadde vanskelig for å akseptere og mestre, til å bli mer positivt innstilt til sin nye hverdag.

Vi ser hvor viktig tilstrekkelig informasjon tilpasset hver enkelt pasients behov er for hvordan de mestrer det å få stomi. Vi ser på informasjon som så mye mer enn rene ord. Det er et hjelpemiddel som kan gi pasienten kunnskap, trygghet, håp og evne til mestring. Vi håper at vi som fremtidige sykepleiere kan bruke dette hjelpemidlet på en best mulig måte for både stomipasienter og alle andre pasienter vi vil møte.

5.0 Oppsummering

Det har vært en interessant, utfordrende og lærerik prosess å skrive bacheloroppgave, og vi sitter igjen med mye kunnskap og erfaring vi ikke hadde før. Vi har gjennom oppgaven forsøkt etter best mulig evne å besvare vår problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere informere pasienter preoperativt slik at de lettere mestrer en ny hverdag med stomi.* Vi vil ta utgangspunkt i det utsagnet vi presenterte i forordet:

”Lar hendene føle kroppen. Magen er flat og glatt å røre ved. Står opp og går ut på badet. Ser meg naken i speilet. Syntes min solbrente kropp er pen i forhold til alderen. På tirsdag skjærer de bort endetarmen min og trekker tykktarmen ut på magen, der det skal henge en plastpose som blir full av avføring. Resten av mitt liv. Kryper frysende til sengs. Gråter” (Gjengedal og Jakobsen 2001:696).

Pasienten i utsagnet er tydelig lei seg for det som skal skje, og opplever kanskje en krise i livet. Kroppen skal skjæres i og bli forandret. Dette kan føre til psykiske reaksjoner og endring i selvbildet. Gjennom skriveprosessen har vi sett en sammenheng mellom hvordan god informasjon preoperativt kan redusere opplevelsen av stress, krise og psykiske reaksjoner, samt påvirke selvbildet positivt. Alt dette kan bidra til at pasienten lettere mestrer en ny hverdag med stomi.

Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Almås, H. (red.) (2001). *Klinisk sykepleie bind 2*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag

Andenæs, K. og L. O. Olsen (2003). *Juss for sykepleiere: innføring i helserett*.
Universitetsforlaget.

Dalland, O.(2005). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Gyldendal Norsk Forlag

Hummelvoll, J. K. (2004). *HELT - ikke stykkevis og delt*. 6. utg. Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, N. J. m.fl. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Gyldendal Norsk Forlag

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2 utg. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Selvvalgt litteratur:

Benner, P. og J. Wrubel (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark (128 sider).

Brown, H. og J. Randle (2005). *Living with a stoma: a review of the literature* i Journal of Clinical Nursing 14: 74-81 (8 sider).

Informasjon fra Norilco

<http://www.norilco.no/omoss.asp?meny=1> (lastet ned 01.10.09) (1 side).

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal AS (16 sider).

Stubhaug, B. (2008): *Håndbok i livsstyrketrening: Når livet røyner på - livskriser og meistring*. Det norske samlaget (95 sider).

Grønnestad, B. K. og A. Blystad (2004). *Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. - En kvalitativ studie* i Vård i Norden 4/2004:4-8 (5 sider).

Gjengedal, E. og R. Jakobsen (red.)(2001). *Sykepleie – praksis og utvikling*. J. W. Cappelens forlag AS (33 sider).

Nordisk Stomisamarbeid (1997). *Nordisk standard for stomipleie; De preoperative standardene*. Copyright Nordisk Stomisamarbeid (28 sider).

Totalt antall selvvalgt litteratur: 314 sider

HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

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
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____

Studiested: _____

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.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Vi er to sykepleierstudenter som går siste år i desentralisert utdanning som skal skrive bacheloroppgave sammen. Vi har valgt å skrive om hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe unge mennesker med stami til å mestre sin nye hverdag. Vi finner temaet interessant, og vil spesielt fokusere på den helhetlige omsorgen - ikke bare det fysiske og det praktiske vedrørende det å få stami.

Metode v/ datainnsamlingen: Vi benytter kvalitativ metode i denne bacheloroppgaven.

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Intervjuguide og håndopptaker

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

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 36 eller uke 37

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

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: Tillate bruke av intervju i Bachelor-
oppgave og alle data som kommer frem
kan brukes i oppgaven.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift

Intervjuguide til stomisykepleier

1. Når var du ferdig med sykepleierutdanningen og har du tatt noen videreutdanning senere? I så tilfelle hvilken?
2. Hvor lenge har du arbeidet med stomipasienter og kan du fortelle om noen av dine møter med unge stomipasienter?
3. Samarbeider du med andre faggrupper i forhold til stomipasienter? I så tilfelle hvilke, hvor ofte og hvor. Hva har de ulike faggruppene ansvar for?
4. Hva er de vanligste årsakene til at unge mennesker får stomi, og hvilken type stomi er vanligst blant unge mennesker?
5. Hvilke kunnskaper opplever du at unge mennesker har om stomi og hva synes du er viktig å informere en nyoperert ung stomipatient om?
6. Vi vet at ved ileostomi er innholdet mer tyntflytende, irriterer huden mer og lukter verre enn ved for eksempel colostomi. Hvilke type stomi har du inntrykk av er den vanskeligste å få for unge mennesker?
7. Opplever du at stomiopererte pasienter mestrer sin nye livssituasjon ulikt (med tanke på alder, kjønn, sivilstatus og så videre)? Har du noen eksempler på hvordan unge mennesker mestrer det å få stomi?
8. Opplever du en sammenheng mellom unge stomipasienters mestring av sin nye situasjon og hvor godt pasienten mestrer det praktiske, hvilken informasjon som er gitt preoperativt, om operasjonen var planlagt eller akutt og i forhold til om operasjonen var vellykket eller om det oppsto komplikasjoner?

9. Opplever du at unge stomipasienter står overfor større/flere utfordringer enn de voksne (i forhold til seksualitet/intimitet, sosiale situasjoner, ernæring, hygiene m.m.)? Fortell.
10. Opplever du at det er mange som har vanskeligheter med å takle sitt nye liv i form av for eksempel skamfølelse, det å holde sin nye situasjon hemmelig, depresjon, suicidale tanker m.m., og er det lett å fange disse opp?
11. Har du inntrykk av at mange slutter med sine idretter/hobbyer på grunn av at de skammer seg eller er redd for lukt/lekkasje i sosiale situasjoner?
12. Vi vet at Norilco har en undergruppe for ungdom. Har du noe samarbeid med denne og har du inntrykk av at unge mennesker benytter seg av denne?
13. Er det noe mer du vil tilføye som du mener er relevant?

FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL INTERVJU

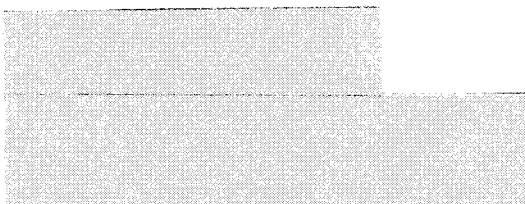
Vi er to sykepleierstudenter som tar desentralisert utdanning på Høgskolen i Bodø, Vi holder nå på med siste året av vår utdanning og skal skrive bacheloroppgave. Vi har valgt å skrive om hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter som nylig har fått stomi mestrer sin nye livssituasjon. Vi ønsker i den forbindelse å intervju en person med sykepleiefaglig bakgrunn som har kunnskaper om temaet.

På bakgrunn av dette ønsker vi å be om et intervju. Intervjuet er beregnet å ta max. 45 minutter, og begge studentene vil være til stede. Vi vil informere om at alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informanten vil bli anonymisert i oppgaven. Intervjuet tas opp på lydbånd, og vil bli slettet etter bruk. Om mulig ønsker vi å foreta intervjuet snarest mulig; uke 36 eller 37. Intervjuet kan foregå der det passer best for informanten. Bare ta kontakt for nærmere avtale.

Vedlagt finner du skjema for tillatelse til innhenting av data fra Høgskolen i Bodø og intervjuguide med spørsmål. Eventuelle spørsmål kan rettes til begge studentene.

På forhånd takk.

Med hilsen



HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
 TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr. _____

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
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker: _____

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____, Studiested: _____

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.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Vi er to sykepleierstudenter som går siste år i desentralisert utdanning som skal skrive bacheloroppgave sammen. Vi har valgt å skrive om hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe unge mennesker med stami til å mestre sin nye hverdag. Vi finner temaet interessant, og vil spesielt fokusere på den helbettelige omsorgen - ikke bare det fysiske og det praktiske vedrørende det å få stami.

Metode v/ datainnsamlingen: _____

Vi benytter kvalitativ metode i denne bacheloroppgaven

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Intervjuguide og båndopptaker

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

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 36 eller uke 37

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: _____

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: Intervju kan gjennomføres i hht planen
etter avtale og samtykke fra intervjuobjektet

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift

Intervjuguide til sykepleier ved kirurgisk avdeling


1. Når var du ferdig med sykepleierutdanningen og har du tatt noen videreutdanning senere? I så tilfelle hvilken?
2. Kan du fortelle om noen av dine møter med unge stomipasienter?
3. Samarbeider du med andre faggrupper i forhold til stomipasienter? I så tilfelle hvilke, hvor ofte og hvor. Hva har de ulike faggruppene ansvar for?
4. Hva er de vanligste årsakene til at unge mennesker får stomi, og hvilken type stomi er vanligst blant unge mennesker?
5. Hvilke kunnskaper opplever du at unge mennesker har om stomi og hva synes du er viktig å informere en nyoperert ung stomipasient om?
6. Vi vet at ved ileostomi er innholdet mer tyntflytende, irriterer huden mer og lukter verre enn ved for eksempel colostomi. Hvilken type stomi har du inntrykk av er den vanskeligste å få for unge mennesker?
7. Opplever du at stomiopererte pasienter mestrer sin nye livssituasjon ulikt (med tanke på alder, kjønn, sivilstatus og så videre)? Har du noen eksempler på hvordan unge mennesker mestrer det å få stomi?
8. Opplever du en sammenheng mellom unge stomipasientenes mestring av sin nye situasjon og hvor godt pasienten mestrer det praktiske, hvilken informasjon som er gitt preoperativt, om operasjonen var planlagt eller akutt og i forhold til om operasjonen var vellykket eller om det oppsto komplikasjoner?

9. Opplever du at unge stomipasienter står overfor større/flere utfordringer enn de voksne (i forhold til seksualitet/intimitet, sosiale situasjoner, ernæring, hygiene med mere)? Fortell.

10. Hvordan ivaretar sykepleierne i kirurgisk avdeling unge stomipasienter utover det rent praktiske og hvordan kan dere fange opp dem som har vanskeligheter med å mestre sin nye situasjon og hjelpe disse? Fortell.

11. Er det noe mer du vil tilføye som du mener er relevant?

FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL INTERVJU

Vi er to sykepleierstudenter som tar desentralisert utdanning på Høgskolen i Bodø,  Vi holder nå på med siste året av vår utdanning og skal skrive bacheloroppgave. Vi har valgt å skrive om hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter som nylig har fått stomi mestrer sin nye livssituasjon. Vi ønsker i den forbindelse å intervju en person med sykepleiefaglig bakgrunn som har kunnskaper om temaet.

På bakgrunn av dette ønsker vi å be om et intervju. Intervjuet er beregnet å ta max. 45 minutter, og begge studentene vil være til stede. Vi vil informere om at alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informanten vil bli anonymisert i oppgaven. Intervjuet tas opp på lydbånd, og vil bli slettet etter bruk. Om mulig ønsker vi å foreta intervjuet snarest mulig; uke 36 eller 37. Intervjuet kan foregå der det passer best for informanten. Bare ta kontakt for nærmere avtale.

Vedlagt finner du skjema for tillatelse til innhenting av data fra Høgskolen i Bodø og intervjuguide med spørsmål. Eventuelle spørsmål kan rettes til begge studentene.

På forhånd takk.

Med hilsen

