



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Pasienters erfaringer relatert til stomioperasjon og tiden etter utskrivelse/

Patients' experiences related to ostomy surgery and the period after discharge.

Ann Kristin Dyvik Wilkens og Åse Karlsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 59

Molde, 14.04.16



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 05.03.2016

Antall ord: 12098

Forord

*"I know the support is there, but to a certain extent I feel
I've got to find out and learn about my body myself."
(Thorpe, McArthur og Richardson 2013).*

Sammendrag

Bakgrunn: I dag er det 8000-10 000 stomiopererte i Norge, i følge Den Norske foreningen for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. Det er kreft i tarmen som er den vanligste årsaken til anleggelse av tarmstomi og er samtidig en av landets vanligste form for kreft. Som sykepleier er det stor sannsynlighet for å møte denne pasientgruppen på sykehus, i hjemmetjenesten, på sykehjem og andre helseinstitusjoner. Vi har begge erfaring med pasienter som har tarmstomi og var interessert i å undersøke mer om stomi og hvilke erfaringer pasienter har relatert til stomioperasjon og tiden etter utskrivelse.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien vår var å belyse pasienters erfaringer relatert til stomioperasjon og tiden etter utskrivelse.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på syv kvalitative- og fire kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Mennesker som har fått tarmstomi opplevde å få inadekvat informasjon og veiledning fra sykepleiere under sykehusoppholdet. Våre funn sier at pre- og postoperativ informasjon og oppfølging er et behov for stomiopererte. Pasienter erfarte tap av autonomi og fysiske begrensninger relatert til stomioperasjonen i tiden etter utskrivelse.

Konklusjon: God informasjon, veiledning og opplæring før og etter en stomioperasjon er viktig for at pasientene skal føle seg klar til å håndtere en stomi på egen hånd. Adekvat oppfølging fra sykepleier etter utskrivelse fra sykehus ble sett på som nødvendig relatert til tilpasningen av deres nye liv med stomi.

Nøkkelord: stomi, informasjon, oppfølging, erfaring, sykepleie

Abstract

Background: Today there are approximately 8000-10 000 people with an ostomy in Norway, according to the Norwegian Association of ostomy, reservoir and gastrointestinal bowel cancer. Bowel cancer is the most common cause for ostomy surgery, and also one of the most common types of cancer in Norway. As a nurse, it is likely to meet this group of patients in hospitals, home care, nursing homes and other health institutions. We both have some experience in patients with an ostomy, and were interested in researching more about patients' experiences related to ostomy surgery and the period after discharge.

Aim: The aim of this literature study was to elucidate patients' experiences related to ostomy surgery and the period after discharge.

Method: A systematic literature study based on seven qualitative- and four quantitative research articles.

Results: Patients' who received an ostomy experienced inadequate information and education during hospitalization. Our findings imply that pre- and post operative information and follow-up care is a need for patients following an ostomy surgery. Patients' experienced loss of autonomy and physical limitations related to the ostomy surgery in the period after discharge.

Conclusion: Information, guidance and education prior and following ostomysurgery is important for the patients' ability to take care of the ostomy. Adequate follow-up care provided by a nurse after hospital discharge is seen as necessary related to the adaption of their new life with a stoma.

Key words: ostomy, information, follow up care, experience, nursing

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valgt tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Avgrensning	1
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Kolostomi	2
2.2 Ileostomi	2
2.3 Årsaker til stomi	2
2.4 Informasjon og veiledning	3
2.5 Endret kroppsbilde og identitet	3
3.0 Metodebeskrivelse	5
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
3.2 Datainnsamling	5
3.2.1 PICO-skjema	6
3.2.2 Søkestrategi	6
3.3 Kvalitetsvurdering	8
3.4 Etsiske hensyn	9
3.5 Analyse	9
4.0 Resultat	11
4.1 Pre- og postoperativ informasjon og veiledning	11
4.2 Behov for oppfølging	14
4.3 Tap av autonomi	16
4.4 Erfaringer med fysiske begrensninger	17
5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon	19
5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	19
5.1.2 Datainnsamling	20
5.1.3 Kvalitetsvurdering	21
5.1.4 Etsiske hensyn	22
5.1.5 Analyse	23
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Når informasjonen og veiledningen ikke oppleves som tilstrekkelig	23
5.2.2 God opplæring legger til rette for selvhåndtering og aksept av stomien	26
5.2.3 Oppfølging etter utskrivelse	28
5.2.4 Gjenoppretelse av autonomi	29
5.2.5 Møte med nye utfordringer etter utskrivelse	30
6.0 Konklusjon	33
6.1 Konsekvenser for praksis	34
6.2 Anbefalinger for videre forskning	34
Litteraturliste	35

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabeller

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt tema

I dag er det 8000-10 000 stomiopererte i Norge i følge Den Norske foreningen for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft (Norilco 2015). Kreft i tarmen er den vanligste årsaken til anleggelse av tarmstomi. Denne kreftformen kalles også colorektal cancer, og er en av landets vanligste kreftformer. Den utgjør ca. 15% av alle krefttilfeller i Norge, og har hatt en rask økning de siste femti årene (Norilco 2015). I 2014 var det totalt 2801 tilfeller av tykktarmskreft i Norge i følge Kreftregisteret (2015). De fleste stomier anlegges i tarmsystemet, enten ved at tykktarmen (kolostomi) eller tynntarmen (ileostomi) legges ut.

Vi har begge noe erfaring med pasienter som har fått tarmstomi, og vi er interessert i å undersøke mer om stomi og hvilke erfaringer pasienter relaterer til stomioperasjon og tiden etter utskrivelse. Å gjennomgå et kirurgisk inngrep er en ny situasjon for de fleste, og sykepleier har ansvar for å støtte, informere og forberede pasienten både før og etter operasjon (Berntzen et al. 2010). Vi tror at ved å øke sykepleiers kunnskap om hvordan pasienter erfarer å gå gjennom en stomioperasjon og tiden etter vil sykepleier kunne hjelpe og tilpasse seg denne pasientengruppen på en god måte.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien vår var å belyse pasienters erfaringer relatert til stomioperasjon og tiden etter utskrivelse.

1.3 Avgrensning

For å avgrense oppgaven valgte vi å kun inkludere stomitypene kolostomi og ileostomi i oppgaven vår, vi har valgt å legge disse under begrepet tarmstomi.

2.0 Teoribakgrunn

Ordet stomi er gresk, og betyr åpning eller munn. Innenfor medisinsk terminologi betyr det en kirurgisk konstruert åpning i kroppen, enten fra et hulorgan i kroppen og ut på huden eller mellom to hulorganer. Teknikken med å anlegge stomi går ut på at tarmen vrenses og sys fast i huden. Denne teknikken ble utviklet av den engelske kirurgen Brian Brooke i 1952 (Nilsen 2010). Anleggelse av tarmstomi har en innvirkning på dagliglivet på flere områder. Å leve med stomi og utfordringene med den kan føre til både psykiske og fysiske problem og bekymringer (Claessens et al. 2015).

2.1 Kolostomi

En kolostomi konstrueres ved at en del av tykktarmen, som regel sigmoideum, legges ut som stomi på magen. En kolostomi ligger på venstre side av magen, da det er på den siden sigmoideum er lokalisert. Næringsbalansen blir lite påvirket ved en kolostomi, da næringsstoffene suges opp i den øvre delen av tynntarmen. Den gjenværende delen av tykktarm vil suge opp vann og salt, og avføringen vil være i fast form. Risikoen for lekkasje rundt stomien er da liten, og kolostomien konstrueres derfor 1-2 cm over huden. Etter kolostomioperasjonen når tarmfunksjonen har stabilisert seg er gassutslippet og avføringslukten som normalt (Nilsen 2010).

2.2 Ileostomi

Ved en ileostomi vil næringsopptaket være som tidligere, men det vil skje en reduksjon i væske- og elektrolyttbalanse siden tykktarmen ikke er i bruk. Tykktarmen har en viktig funksjon for væskeopptaket. Tarminnholdet vil derfor være flytende og grøtete i konsistens, og kan inneholde ulike fordøyelsesenzymmer som er svært irriterende for huden. Tarmen tømmes kontinuerlig, og tømningen økes ved matinntak. Tarminnholdet vil ha en spesiell, emmen lukt og produserer lite gass. På grunn av fare for lekkasje konstrueres ileostomien noe lengre ut enn ved kolostomi, helst 3-4 cm utenfor hudnivået. Plasseringen er som regel på høyre side i nedre kvadrant (Nilsen 2010).

2.3 Årsaker til stomi

Kreft i tykktarmen er som beskrevet den vanligste årsaken til kolostomi, og kreftsvulsten sitter i mange tilfeller så langt nede i tarmen at det ikke lar seg gjøre å fjerne det syke området og skjote tarmen (Nilsen 2010). Kreft i tykktarm og endetarm utgjør ca. 15 % av alle kreftformer i Norge i dag, både hos menn og kvinner (Jacobsen et al. 2012). Også ved

akutte bukhinnebetennelser er ofte betennelsen så uttalt at en ikke tør å skjøte sammen tarmen. Det vil da legges ut en kolostomi. Andre årsaker er medfødte misdannelser, skader, stråleskader og kronisk obstipasjon (Nilsen 2010).

Ileostomi vil si framlagt tynntarm, her blir nederste del av ileum lagt ut, tykktarmen blir vanligvis fjernet. Den vanligste årsaken til anleggelse av ileostomi er ulcerøs kolitt og Chrons sykdom. Andre årsaker kan være familiær polypose, fistler og skader (Nilsen 2010).

2.4 Informasjon og veiledning

Begrepet veiledning står sentralt når det gjelder sykepleierens selvstendige funksjon og pasientens kompetanse. Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier. Dette kan innebære både undervisning, informasjon, veiledning og rådgivning (Tveiten 2008).

Å undervise og veilede et sykt menneske stiller særlige krav til sykepleier. Som sykepleier må en kunne vurdere, se situasjonen og hensikten med undervisningen, det er flere faktorer en må ta til betraktning. For å kunne gi god veiledning må man vurdere pasienten og den situasjonen han/hun er i. Hensikten med veiledningen er å legge til rette for mestringskompetansen når det gjelder egen sykdom, og en viktig del er å samarbeide med pasienten og at pasienten får medvirkning. Å vurdere hva som er et riktig tidspunkt for veiledningen er viktig for at pasienten skal få best mulig læringsutbytte. Pasienten må selv ha et ønske om veiledningen, og dialogen mellom sykepleier og pasient må være god. Innholdet av veiledningen må planlegges og prioriteres, å be pasienten fortelle hva han kan fra før kan gi sykepleieren et godt grunnlag for planleggingen og gir samtidig pasienten opplevelse av mestring og respekt. Det er viktig at pasienten kan spørre underveis, og noen trenger ofte lite informasjon i gangen. Det kan ofte dukke opp spørsmål i ettertid, og oppfølgingssamtaler bør skje med jevne mellomrom (Tveiten 2008).

2.5 Endret kroppsbilde og identitet

Menneskers identitet og opplevelse av egenverd er nært knyttet til helsesvikt og sykdom og virker gjensidig inn på hverandre. Identitet handler om menneskers opplevelse av å være seg selv. Egenverd handler om hvilken betydning og verdi vi gir oss selv som

menneske, og er et positivt ladet ord som står for evnene mennesker har til å tenke godt om seg selv. Forandringer i kroppens utseende og funksjon påvirker det tilvante kroppsbildet, på den måten får sykdom konsekvenser for menneskets opplevelse av identitet og egenverd. Endringer i kroppens funksjon påvirker kroppsbildet og det kan endre opplevelsen av egenverdi (Solvoll 2011).

Hvordan et menneske føler seg, ønsker å framstå og hva andre mener, påvirker hvordan man ser på seg selv og kroppen sin. En operasjon som fører til at tarmen må sys utenpå magen kan føre til at pasienten føler seg mindreverdige og får et dårligere selvbilde (Nilsen 2010). Et kroppsbilde er menneskets oppfatning av egen kropp og pasientens endrede kroppsbilde kan ha innflytelse på livskvaliteten. Sykepleier kan være med på å hjelpe pasienten i å tilpasse seg en forandret kropp ved å forberede han/hun på forandringene før behandlingen innledes (Schjølberg 2010).

3.0 Metodebeskrivelse

I følge retningslinjene til høgskolen i Molde skal den avsluttende bacheloreksamen i sykepleie gjennomføres som et systematisk litteraturstudie (Jørgensen og Michaelsen 2015). En systematisk litteraturstudie går i følge Mulrow og Oxman ut på å tydelig formulere et spørsmål som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Fosberg og Wengström 2013).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Å skrive ned og utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier gjør det enklere å begrense søket og vi ble mer bevisst på hva vi så etter når vi søkte etter artikler. Å begrense søket gjør det også enklere å finne artikler som er relevant til vår oppgave.

Inklusjonskriterier

- Pasienter som har fått tarmstomi
- Pasientperspektiv
- Artikler publisert etter 2010
- Artikler på svensk, norsk, engelsk eller dansk
- Etisk vurdert
- Artikler fra fagfelleverderte tidsskrift

Eksklusjonskriterier

- Artikler publisert før 2010
- Sykepleieperspektiv
- Artikler som ikke er etisk vurdert
- Artikler som ikke har fagfelleverderte tidsskrift
- Reviewartikler

3.2 Datainnsamling

Ved starten av arbeidet var vi usikre på hvilket tema vi ville skrive om. Det tok tid å diskutere og finne fram til hva som kunne vært interessant å undersøke. Etter å ha kommet fram til et tema startet vi høsten 2015 å gjøre prøvesøk for å se om det var tilstrekkelig forskning rundt temaet. Vi brukte databasen Ovid Medline, og etter flere prøvesøk fant vi relevant forskning innenfor temaet tarmstomi.

3.2.1 PICO-skjema

Vi satte aktuelle søkeord vi benyttet i databasesøkene i et PICO-skjema. Et PICO-skjema er et hjelpemiddel med hensikt å strukturere søkeordene ved å dele opp spørsmålet eller problemstillingen. Hver bokstav i PICO-skjemaet betegner ulike elementer i spørsmålet (Nordtvedt et al. 2012)

”P”: står for patient/problem og omfatter hvilken type pasientgruppe eller pasient vi skal undersøke. Her skrev vi inn søkeordene ”stoma*”, ”nurs*”, ”nurse”, ”ostomy”, ”ileostomy”, ”colorectal” og ”colostomy”.

”I”: står for intervention. Dette omhandler hvilket tiltak eller intervensjon vi ønsker å vurdere og undersøke. Her brukte vi søkeordene ”education”, ”educat*”, ”information”, ”patient education” og ”info*”.

”C”: står for comparison. Her skrives tiltak man ønsker å sammenligne med andre tiltak. Vi brukte ikke dette elementet i PICO-skjemaet, da vår hensikt ikke var å sammenligne noen tiltak.

”O”: står for outcome. Her førte vi inn endepunkter og utfall vi er interessert i. Vi var interessert i å finne pasienters erfaringer. Basert på dette skrev vi derfor inn søkeordene ”quality of life”, ”experience”, ”health” og ”health care.”

(Nordtvedt et al. 2012).

PICO-skjema ligger som *vedlegg 1*.

3.2.2 Søkestrategi

Vi fortsatte søkingen utover høstsemesteret. Etter nyttår hadde vi ikke nok artikler, og fortsatte derfor databasesøk i januar og mars. Til sammen gjennomførte vi ti databasesøk i to databaser. Vi gjennomførte åtte søk i Ovid Medline og to søk i ProQuest. Vi hadde veiledningstime med bibliotekar høsten 2015.

For å begrense søkene våre og finne nyere forskning, begrenset vi årstallet til 2010-current. Vi ønsket ikke å finne artikler eldre enn fem år. Vi begrenset også språket på artiklene til

norsk, engelsk, dansk og svensk på de fleste søkene våre. Vi brukte trunkeringstegn og MeSH-termer i søkene våre. Trunkeringstegn(*) brukes bak søkeord det er mulig å trunkere for å få flest mulig treff på søkeordene. Trunkeringstegnet skrives bak grunnstammen av ordet, og gjør søket bredere ved å søke på alle ord som starter med grunnstammen av ordet. Et eksempel på søkeord er ordet ”undervise” som ligger under I - intervention i PICO-skjemaet. Vi skrev det engelske ordet for undervisning ”educat*” i stedet for ”education”, dermed vil alle ord som starter med ”educat” bli inkludert i søket uansett endelse i ordet. Ved veiledning hos bibliotekar repeterte vi bruk av MeSH-termer. Vi huket av aktuelle synonymer som dukket opp for hvert søkeord. For å kombinere søkeordene brukte vi ”and” og ”or”, der ”or” brukes mellom synonyme ord i PICO-skjemaet og ”and” brukes mellom de ulike elementene i PICO-skjemaet.

Våre tre første søk var i begge databasene, og ble gjennomført den 03.09.15. Første søk ble gjort i ProQuest med søkeordene ”nurs* ”, ”stoma*” og ”educat*” med begrensninger fra 2012-current. Her fikk vi 112 treff. Vi leste fem abstrakt, skrev ut og leste tre artikler, men ingen ble inkludert. Søk 2 var i ProQuest med søkeordene ”nurs*”, ”stoma*”, ”ostomy*” og ”educat*”, her begrenset vi fra år 2010-current. Vi fikk 164 treff hvor vi leste sju abstrakt, og endte med å skrive ut og lese tre artikler. En artikkel av god kvalitet ble inkludert. Søk 3 gjorde vi i Ovid Medline. Vi inkluderte flere søkeord og begrenset språket til norsk, dansk, engelsk og svensk. Vi la til søkeordene ”quality of life”, ”colostomy”, ”ostomy” og ”ileostomy” og brukte ”or” mellom de tre siste søkeordene. Da fikk vi et mer begrenset søk med 11 treff, hvor vi leste fem abstrakt og en artikkel. Denne var ikke av god nok kvalitet til å bli inkludert. Etter de tre første søkene satt vi igjen med en artikkel som er blitt inkludert i litteraturstudien.

I søk 4 søkte vi i Ovid Medline og vi fortsatte med søkeordene som i søk 3, men vi fjernet søkeordet ”educat*”, og la til søkeordene ”nursing” og ”nurses role” med ”or” mellom. Dette ga et begrenset søk med sju treff. Vi leste fire abstrakt, skrev ut og leste to artikler. Av disse ble ingen inkludert. Vi fikk tips fra veileder om å se etter nøkkelord i artikler vi allerede hadde lest som kunne brukes som søkeord. Vi så gjennom artiklene vi hadde og skrev ned nøkkelord vi mente var relevant i forhold til vår problemstilling. I neste søk, søk 5, la vi til søkeordene ”patient education as topic”, ”inform”, ”nursing role”, ”qualitative research” og ”qualitativ*”, og tok bort ”quality of life”. Dette ble et godt søk i databasen

Ovid Medline med 11 treff. Vi leste fem abstrakt, skrev ut og leste fire artikler og bestilte en artikkel fra BIBSYS. Vi inkluderte fire artikler med god kvalitet.

Til nå hadde vi fem artikler. I søk 6 brukte vi mange av de samme søkeordene fra tidligere søk, men inkluderte søkeordet ”colorectal*”. Dette var også et nøkkelord fra en av de inkluderte artiklene. Vi søkte i databasen Ovid Medline. Søkeordene vi brukte i dette søket var ”colostomy*”, ”ostomy”, ”stoma”, ”educat*”, ”education, nursing”, ”inform” og ”colorectal”. Vi brukte begrensningene år 2010-current og språkene norsk, dansk, svensk og engelsk. Dette ga 37 treff, hvor vi leste fire abstrakt, skrev ut og leste tre artikler og bestilte en fra BIBSYS. Av disse ble en artikkel inkludert.

I søk 7 søkte vi i Ovid Medline og brukte søkeordene ”nursing staff, hospital”, ”nurs*”, ”nursing”, ”ostomy*” og ”colostomy”. Vi begrenset også søkene som i tidligere søk. Vi fikk 101 treff, leste fire abstrakt, skrev ut og leste to artikler og bestilte en fra BIBSYS. Til slutt ble en artikkel inkludert. Søk 8 og 9 ble også gjort i Ovid Medline der vi søkte med tidligere søkeord, men i ulike kombinasjoner. I søk 8 fikk vi 31 treff. Åtte abstrakt ble lest, tre artikler ble skrevet ut og lest og en ble til slutt inkludert. I søk 9 fikk vi 187 treff. Vi leste fire abstrakt, skrev ut og leste to artikler, men ingen ble inkludert.

Det 10. og siste søket ble gjennomført i Ovid Medline. Da brukte vi tidligere søkeord, og nye søkeord vi fant som nøkkelord i tidligere leste artikler. Vi brukte søkeordene ”patient*”, ”ostomy*”, ”stoma*”, ”health”, ”healthcare”, ”experience” og ”quality of life”. Søkeordene ble også tilføyd i PICO-skjemaet. Dette søket ga 394 treff. Vi leste 15 abstrakt, skrev ut og leste fire artikler og bestilte en fra BIBSYS. Av disse ble tre artikler inkludert.

Søkehistorikken ligger som *vedlegg 2*.

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi leste gjennom alle titlene på artiklene vi fikk opp på databasesøkene, og abstraktene på de artiklene som virket relevant i forhold til vår hensikt. Flere artikler ble ekskludert etter å ha lest abstraktet. De aktuelle artiklene ble skrevet ut i full tekst eller bestilt via BIBSYS. Vi fordelte og leste artiklene hver for oss. Det ble fortløpende diskutert om artiklene var relevante til vår hensikt, og om de skulle inkluderes eller ikke i vår litteraturstudie. Vi

brakte Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2016) for å finne ut om tidsskriftet artiklene var publisert i var fagfelleverdert og publisert i nivå en eller to.

Vi brukte Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet (2015) sine sjekklister for å kvalitetsvurdere artiklene. For kvalitetsvurdere artiklene grundig leste vi nøye gjennom alle artiklene og krysset av spørsmålene fra kvalitetsvurderingsskjemaet, samtidig noterte vi det mest relevante fra artiklene. Vi skrev ut ett kvalitetsvurderingsskjema for hver artikkel for å få god oversikt over hensikt, metode og funn i artiklene. Etter å ha kvalitetsvurdert aktuelle artikler ble noen ekskludert på grunn av lav kvalitet. Vi inkluderte to artikler vi anser som middels kvalitet og ni artikler vi anser som god kvalitet.

3.4 Etiske hensyn

Alle artiklene vi har inkludert har blitt godkjent av etiske komiteer eller review boards. De fleste av artiklene benyttet seg av et samtykkeskjema deltakerne måtte signere. Skjemaene inneholdt informasjon om studien og at anonymiteten ville bli bevart. Deltakerne kunne avslutte studien når de ville uten at det ga konsekvenser for behandlingen. De fleste fikk både verbal og skriftlig informasjon. Det står ingen navn eller annen sensitiv informasjon om deltakerne i noen av artiklene, flere artikler har brukt pseudonymer eller nummerering for å anonymisere deltakerne.

Etisk vurdering for hver artikkel står i oversiktstabellene, se *vedlegg 3*.

3.5 Analyse

I følge Evans (2002) er det fire faser for dataanalyse, og det er disse fasene vi har brukt som utgangspunkt i vår analyse. De fire fasene består av:

1. datainnsamling
2. identifisere hovedfunn i hver artikkel
3. identifisere og kategorisere hovedtema fra hver artikkel
4. beskrive fenomenet

Den første fasen i analysen går ut på å samle inn datamateriale (Evans 2002). Vi gjennomførte databasesøk i to ulike databaser. Artikler som fanget vår interesse ble

sammenliknet med inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre for å se om de kunne være relevant til hensikten vår. Artikkene vi fant relevant ble kvalitetsvurdert for å finne ut om de var av god nok kvalitet til å kunne brukes i vår litteraturstudie. Denne prosessen er nøye beskrevet i metodebeskrivelsen, kapittel 3.0.

Den andre fasen tar for seg å identifisere hovedfunn fra hver enkelt studie (Evans 2002). Vi fordelte artiklene, og gikk gjennom de hver for oss. Vi leste gjennom alle artiklene og identifiserte funn vi fant relevant til vår hensikt. Vi skrev ned funnene på et dokument i word, printet de ut og la de sammen med hver artikkel for å få oversikt over alle hovedfunnene.

I den tredje fasen skal funn fra artiklene kategoriseres i tema (Evans 2002). Hovedfunnene fra hver artikkel ble sammenlignet opp mot hverandre, og vi fant funn som gikk igjen i de forskjellige artiklene. Funn som gikk igjen og som var relevant til vår hensikt ble samlet til fire hovedtema. Hovedtemaene ble identifisert ved å bruke fargekoder, hvert hovedtema fikk en farge.

Den fjerde fasen i Evans (2002) skal beskrive hovedtemaene og underbygge disse med å referere til datamaterialet. Hovedtemaene som beskriver funnene fra artiklene blir beskrevet på en strukturert og oversiktlig måte som en sammenhengende tekst i resultatdelen, kapittel 4.0. Vi lagde overskrifter som vi fant relevant til funnene.

Oversikt over tema er presentert i *Figur 1*.

4.0 Resultat

Analysen resulterte i fire hovedfunn. Disse har blitt organisert hver for seg og støttes opp med sitater fra noen av de inkluderte artiklene. Resultatet er basert på til sammen elleve artikler, hvor syv har kvalitativt- og fire har et kvantitativt forskningsdesign.



Figur 1. Oversikt over tema

4.1 Pre- og postoperativ informasjon og veiledning

Viktigheten av god preoperativ undervisning og informasjon ble belyst i fem av studiene. Deltakerne følte at sykepleierne ikke var kompetente nok når det gjaldt forberedelser, informasjon og veiledning før operasjonen. (Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Lim, Chan og He 2014, Danielsen et al. 2013, Millan et al. 2010, McKenna et al. 2016). I Thorpe, McArthur og Richardson (2013) beskrev de tolv deltakerne i studien at uten preoperativ informasjon følte de seg uforberedt til et nytt liv med stomi. Noen av deltakerne som mottok preoperativ undervisning følte det hjalp dem å akseptere stomien, mens andre fant dette skremmende. Dette kom også frem i Lim, Chan og He (2014) og Millan et al. (2010) sin studie hvor deltakerne opplevde informasjonen de fikk før operasjonen var inadekvat. De skulle ønske de fikk mer informasjon om stomien og hvordan den ser ut, ulike typer stomiutstyr og hvordan man stiller stomien før operasjonen. Dette ville forberedt dem bedre både fysisk og mentalt. At denne informasjon ble presentert i den postoperative fasen gjorde at de følte seg overveldet av informasjon om stomi og stell etter operasjonen. I en av studiene forteller en deltaker om sin opplevelse etter stomioperasjonen: "I knew your bowels come through on the outside but I didn't really understand anything else about it because nothing else had been discussed" (Thorpe, McArthur og Richardson 2013, 385).

I Danielsen et al. (2013) delte de tolv deltakerne urealistiske oppfatninger av å leve med en stomi som ble presentert til dem i den preoperative fasen. En deltaker forteller at han hadde hatt tiltro til sykepleierens uttalelser om at det finnes et uproblematisk liv med stomi, noe ingen av deltakerne kunne relatere seg til etter operasjonen. Studien til

McKenna et al. (2016) rapporterer om en statistisk signifikant økning i livskvaliteten etter operasjon hos pasienter som mottok preoperativ stomimarkering og undervisning versus de som ikke mottok dette. Preoperativ stomimarkering viste seg å ha sammenheng med tidligere tilpasning og aksept av stomien (Millan et al. 2010).

Viktigheten av at informasjonen og veiledningen ble gitt på riktig tidspunkt og samsvarte med deres behov når de kom hjem ble belyst i flere av studiene (Lim, Chan og He 2014, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Danielsen et al. 2013, Beaver et al. 2010). I prosessen etter operasjonen var det flere som følte de fikk for lite informasjon og veiledning om stomi, dette resulterte i at flere ikke var godt nok forberedt til å selv ta seg av stomien og de emosjonelle utfordringene (Lim, Chan og He 2014). Noen av deltakerne i Thorpe, McArthur og Richardson (2013) forteller at de måtte håndtere stomien selv om de ikke følte seg klar for å lære og var ute av stand til å engasjere seg i disse læremulighetene. Dette kommer også fram i Danielsen et al. (2013) hvor riktig tidspunkt for veiledningen ble sett på som kritisk for å oppnå vellykket stomihåndtering på egenhånd. Deltakerne påstod også at det de lærte på sykehuset ikke samsvarte med deres behov når de kom hjem. På grunn av mangelfull informasjon om hva en kan forvente etter utskrivelse, måtte mange pasienter lære seg håndtering av stomi i form av prøving og feiling. Flere opplevde å ikke bli informert om ”normale” symptomer og følte bekymringer overfor dette (Beaver et al. 2010, Lim, Chan og He 2014).

Deltakerne diskuterte ofte usikkerheten i det å komme hjem med en stomi (Lim, Chan og He 2014, Beaver et al. 2010, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Danielsen et al. 2013). Mange følte seg tatt vare på av sykepleier under den postoperative perioden, men da de kom hjem følte de seg etterlatt til seg selv (Beaver et al. 2010). I Lim, Chan og He (2014) og Danielsen et al. (2013) sine studier uttrykte deltakere at det hadde vært nyttig å motta informasjonsbrosjyrer eller hefter som de kunne bruke etter utskrivelse.

Under læringsprosessen knyttet til stomihåndtering ble det fortalt om både positive og negative erfaringer relatert til sykepleiers kompetanse og tillitsforhold (Sun et al. 2014, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, McKenna et al. 2016, Coca et al. 2015, Millan et al. 2010). De positive var relatert til gode relasjoner med spesialsykepleiere som var erfarne i lære de å håndtere stomien (Sun et al. 2014). I Millan et al. (2010), Thorpe, McArthur og Richardson (2013) og Sun et al. (2014) sine studier ønsket deltakerne å ta del

i behandlingen og pleien som ble gitt under innleggelsen for å beholde kroppslig kontroll. I den postoperative fasen var tillit til sykepleier sentralt med tanke på selvtillit i å selv ta del av pleien. Sykepleiere som lyttet og verdsatte pasientens tanker og meninger, samtidig som de viste empati, tilrettela for et tillitsfullt forhold (Thorpe, McArthur og Richardson 2013). Noen hadde negative erfaringer knyttet til relasjonen med sykepleier som ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og erfaring (Sun et al. 2014). Dette kommer også frem i Thorpe, McArthur og Richardson (2013) sin studie hvor deltakerne synes at flertallet av sykepleierne hadde nok kunnskap og forståelse for å kunne ta beslutninger innen pleien, men noen merket begrensninger i omsorg og forståelse, spesielt hos sykepleiere uten spesialisering. I studien til McKenna et al. (2016) og Millan et al. (2010) kommer det frem at selvhåndtering av stomien styrkes ved bruk av en spesialsykepleier. I en av studiene forteller en deltaker hvordan hun opplevde å bli behandlet av en spesialsykepleier: "We had the greatest ET nurse. And sometimes I think if it wasn't for her, I would have been in a looney bin" (Sun et al. 2014, 1567). Tre måneder postoperativt opplevde alle deltakerne i studien mindre ubehag og smerte enn tidligere, men omfanget av bedring var signifikant større i gruppen som ble behandlet av spesialsykepleiere. Disse følte seg også mer opplagt tre måneder etter operasjonen i motsetning til gruppen som hadde fått behandling fra vanlige sykepleiere (Coca et al. 2015).

Noen belyste viktigheten med fysisk støtte gitt til dem i opplæringsprosessen av stomihåndteringen. Støtte fra ektefelle og barn var essensielt med tanke på å stelle stomien hvor de fikk opplæring på sykehuset fra sykepleier. En kvinne forteller at ektemannen hennes hjelper henne å bytte stomipose hver fjerde dag på grunn av vanskeligheter med å bytte når hun står oppreist (Lim, Chan og He 2014). Viktigheten av støtte fra ektefelle og venner i tiden etter operasjonen ble diskutert både hos menn og kvinner i Grant et al. (2011) sin studie. Andre fant det vanskelig å åpne seg opp til familiemedlemmer, de fryktet å være en byrde mot dem. Noen var engstelig i å betro seg til ektefelle og barn, noe som gjorde at de holdt bekymringer inne. En kvinne forteller at hun holder sine bekymringer for seg selv. Hun opplevde at familien følte seg ukomfortabel med å snakke om stomien, derfor unngikk hun dette (Lim, Chan og He 2014).

Å kunne akseptere og håndtere stomien etter operasjonen var relatert til deltakernes forståelse og tilpasning av stomien, dette var knyttet til sykepleiers kompetanse til å informere og formidle kunnskap om stomien (Coca et al. 2015, Zhang et al. 2011,

Danielsen et al. 2013, Lim, Chan og He 2014). 34% av de 402 deltakerne rapporterte bekymringer i forhold til å akseptere og å se på sin egen stomi i den postoperative perioden, tre måneder senere var det kun 15,9% som fortsatt hadde disse bekymringene (Coca et al. 2015). I studien til Zhang et al. (2011) fortalte noen deltakere at de følte seg redde og ukomfortable med stomien, samtidig fortalte mange at de gradvis begynte å akseptere stomien, dette relatert til forståelsen av håndtering av stomi. I Coca et al. (2015) kommer det fram at gruppen som ble behandlet av spesialsykepleiere hadde høyere evne til å glemme stomien og bedre tilpasning til livet med stomi i forhold til gruppen som ble behandlet av vanlige sykepleiere. Her kommer det også fram at begge gruppene hadde en reduksjon i antall som synes det var ubehagelig å se på stomien tre måneder etter operasjonen. I studien til Lim, Chan og He (2014) forteller deltakere at problemene rundt tilpasningen av stomien kom etter utskrivelse hvor nye utfordringer og spørsmål kom frem, men at med tiden lærte man seg å tilpasse seg stomien og håndteringen rundt den på egen hånd.

4.2 Behov for oppfølging

I syv av de elleve artiklene vi har inkludert kom det fram at deltakerne har et behov for videre oppfølging etter hjemkomst i form av hjemmebesøk, telefonsamtaler eller gruppeundervisning (Karabulut, Dinc og Karadag 2014, Zhang et al. 2011, Grant et al. 2011, Sun et al. 2014, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Beaver et al. 2010, Lim, Chan og He 2014). Nesten alle deltakerne i Thorpe, McArthur og Richardson (2013) sin studie fremhevet viktigheten av å vite at sykepleier er tilgjengelig for støtte etter utskrivelse, selv femten måneder etter operasjonen fant noen av deltakerne tilbudet beroligende. Sykepleiere ble ofte kontaktet for informasjon og råd, og ble oppfattet som hjelpsomme innenfor både praktisk og emosjonell støtte (Beaver et al. 2010). En av deltakerne fortalte: "It's nice to know that if you're feeling somethings not right, the team is only a phone call away" (Thorpe, McArthur og Richardson 2013). Deltakere i studien til Lim, Chan og He (2014) mente at oppfølging via telefon ville vært hjelpsomt, hvor ukentlige telefonsamtaler etter utskrivelse hadde vært bra slik at man kan få støtte og hjelp til å tilpasse seg stomien i opplæringsfasen. På en annen side var ikke dette alltid tilfellet for noen av deltakerne, flere rapporterte at de ikke kom i kontakt med sykepleier, og opplevde å ikke bli ringt opp igjen. Dette førte til at flere vegret seg på å ringe, og dermed tok avstand fra tilbudet (Beaver et al. 2010).

I studien til Zhang et al. (2011) kommer det frem hvilke utfordringer deltakerne møtte på som gjorde at de tok kontakt via telefon. En stor del av deltakerne ringte grunnet problemer eller spørsmål angående stomien, blant annet spørsmål om bytting av pose, utstyr og komplikasjoner. Ved bekymringer for postoperative komplikasjoner ble det ønsket øvrig informasjon fra deltakerne, hvor sykepleier ofte henviste deltakerne videre til oppfølgingsklinikken hvis dette var ansett nødvendig. Dette var noe fem av deltakerne opplevde grunnet behov for videre behandling.

Selv om deltakerne opplevde informasjon og oppfølging gitt fra sykepleier som viktig i tilpasningen av stomien, opplevde mange gruppebasert undervisning som verdifullt (Sun et al 2014, Danielsen et al. 2013, Zhang et al. 2011, Karabulut, Dinc og Karadag 2014, Grant et al. 2011). I studien til Sun et al. (2014) fant deltakerne informasjon via støttegrupper og opplevde dette som hjelpsomt i deres tilpasning av stomien. Noen fant det verdifullt å motta undervisning fra andre mennesker med stomi, hvor man kan dele egne erfaringer og komme med tips om hvilket stomiutstyr som fungerer bra eller dårlig. Dette kommer også frem i Danielsen et al. (2013) sin studie hvor noen av deltakerne forteller at de foretrekker gruppebasert undervisning fordi det ga læring fra mennesker i samme situasjon. En av deltakerne i studien til Sun et al. (2014) fortalte hvordan det var å delta i en støttegruppe: "I got into an ostomy group. It was a VERY open informative group. We had a couple of ET nurses that came in and offered help" (Sun et al. 2014, 1567).

Studien til Karabulut, Dinc og Karadag (2014) indikerer at planlagt gruppeundervisning har effekt på sosial tilpasning. Planlagt profesjonell støtte kan sikre tilpasning for individer med stomi. Basert på observasjoner mener de at kjønnsbasert opplæring og tilpasning kan være bra, da funn viste at menn tilpasset seg dårligere enn kvinner sosialt, og at de hadde større utfordringer rundt håndtering av stomien. I motsetning til dette kom det frem i studien til Grant et al. (2011) at kvinner beskrev mer spesifikke psykologiske og sosiale tilpasningsproblem enn menn.

4.3 Tap av autonomi

I fem av de elleve artiklene vi inkluderte erfarte deltakere å føle seg etterlatt til seg selv etter utskrivelse og ble møtt med nye utfordringer, blant annet å måtte gjenopprette kroppslig autonomi (Lim, Chan og He 2014, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Danielsen et al. 2013, Beaver et al. 2010, Zhang et al. 2011)

Noen av deltakerne hadde følelser av hjelpeløshet når de nevnte deres opplevelser med stomien. De hadde forståelse for at de ikke hadde noe annet valg med tanke på operasjon, likevel følte de at de ikke hadde noe kontroll over eget liv (Lim, Chan og He 2014). I den postoperative perioden følte noen seg avmaktet i denne tiden, spesielt når det gjaldt kroppslig kontroll relatert til smertebehandling (Thorpe, McArthur og Richardson 2013). Evnen til personlig autonomi rundt helse relaterte problem ble ytterligere påvirket av forhold knyttet til tilpasning av en forandret kropp, for eksempel forutsigbarhet over stomiens funksjon, kompetanse innen stomipleie og generell fysisk funksjon. Selv om utskrivelse fra sykehus ble sett på som et større steg mot autonomi, hadde flere av deltakerne liten selvtillit innen stomihåndtering. Dette førte til et forlenget avhengighetsforhold til sykepleiere når det gjaldt praktisk håndtering og emosjonell støtte (Danielsen et al. 2013, Thorpe, McArthur og Richardson 2013). To av deltakerne i Thorpe, McArthur og Richardson (2013) og noen deltakere i Lim, Chan og He (2014) sine studier fortalte hvordan deres mangel på selvtillit med tanke på hjemreise ble gjort verre ved at de ikke ble involvert i bestemmelsen av utskrivelse, og følte seg derfor uforberedt til overgangen. Deltakerne ble ved innleggelsen tilbudt om hjemmebesøk av en spesialsykepleier hvor man kunne fortsette å lære om stomihåndtering, men noen opplevde at dette ikke stod til forventningene. Noen av deltakerne opplevde at jo nærmere de var å gjenopprette kroppslig autonomi jo mer redusert ble behovet for hjelp fra sykepleiere (Thorpe, McArthur og Richardson 2013).

Flertallet av deltakerne følte femten måneder etter operasjonen at de selv var kapable til å finne løsninger når det gjaldt håndtering av stomien, uten å måtte involvere sykepleiere. Deltakerne erfarte gjenopprettelse av kroppslig autonomi ved å overkomme praktiske problem når det gjaldt stomihåndtering, og personlig autonomi i samsvar med økt selvtillit i deres evne til å takle stomirelaterte problem på egen hånd (Thorpe, McArthur og Richardson 2013).

4.4 Erfaringer med fysiske begrensninger

I åtte av studiene kom det frem at deltakere erfarte fysiske begrensninger i tiden etter operasjonen når det gjaldt aktiviteter i dagliglivet, blant annet ved jobb, sosiale sammenkomster, diett, seksualitet og søvn (Lim, Chan og He 2014, Grant et al. 2011, Zhang et al. 2011, Danielsen et al. 2013, Beaver et al. 2010, Coca et al. 2015, McKenna et al. 2016, Karabulut, Dinc og Karagdag 2014). Selvpålagte begrensninger var sterkt tilknyttet det å unngå avsløringer av stomien og hindre at andre skulle få vite om stomien. Dette førte til at de unngikk forskjellige aktiviteter i dagliglivet for å unngå tap av kontroll over kroppen. Flere følte at deres identitet ble svekket på grunn av tilstedeværelsen av stomien. Å måtte ta seg av og håndtere stomien var blitt en stor del av hverdagen etter utskrivelse (Danielsen et al. 2013, Lim, Chan og He 2014). I studien til Karabulut, Dinc og Karadag (2014) kom det frem at deltakere som var i arbeid utelukket sosiale sammenkomster på grunn av tidkrevende stomipleie. I Zhang et al. (2011) sin studie kommer det frem at råd knyttet til hverdagslige aktiviteter gitt fra sykepleier hadde vært hjelpsomt for deltakerne når det gjaldt etablering av gode rutiner rundt å leve med stomi.

Flere av deltakerne fortalte at de ikke greide å sove tilstrekkelig. Både i Lim, Chan og He (2014) og Grant et al. (2011) sin studie rapporterer mange at de våkner flere ganger gjennom natten for å tømme stomien ettersom de var bekymret for at posen skulle bli full og føre til lekkasje. Andre følte seg begrenset da de var redd for å endre posisjon gjennom natten: "I sleep on my back. That's something new since the ostomy. But if I turn over, and the bag is kind of full, it will pop" (Grant et al. 2011, 592).

I Coca et al. (2015) sin studie kom det frem at seksuell aktivitet ble redusert i begge gruppene etter stomioperasjonen. Før operasjonen rapporterte 66,9% av 402 deltakere at deres behov for seksuell aktivitet var tilfredsstillt. Dette kom også frem i Grant et al. (2011) sin studie hvor begge gruppene (en gruppe var menn, den andre kvinner) identifiserte problemer med seksualitet og intimitet etter operasjonen. En singel kvinne fortalte om en opplevelse hun hadde første gangen hun var intim med en mann etter operasjonen. Hans reaksjon da hun kledde av seg skremte henne, og etter dette ble hun motvillig til å ta av seg klærne foran en mann igjen.

Flere studier viser at deltakerne har bekymringer når det gjelder avsløringer av stomien, og at de selv måtte lære seg praktiske løsninger rundt dette (Grant et al. 2011, Danielsen et al. 2013, Beaver et al. 2010, Zhang et al. 2011). Deltakerne forteller at etter stomioperasjonen måtte flere endre klesstil for å unngå avsløringer av stomien. De brukte løse klær som skjulte posen, samtidig som de unngikk å bruke klær som presset på og irriterte stomien (Grant et al. 2011, Danielsen et al. 2013). Flere brukte klær som skjulte stomien for å beholde kontrollen, dette kommer også fram hos deltakerne i Beaver et al. (2010) og Zhang et al. (2011) sine studier. De uttrykte bekymringer angående utseende og synlighet av stomien gjennom klærne, men fant etter hvert praktiske løsninger gjennom utprøving.

Flere deltakere opplevde håndteringen av stomien etter utskrivelse som ubehagelig. Noen måtte tilpasse seg å kunne se på avføringen som kom fra stomien på nært hold, det samme med lukten som kom under stell, de fryktet også at andre kunne kjenne lukten av stomien (Lim, Chan og He 2014). I Coca et al. (2015) sin studie opplevde deltakerne i gruppen som mottok pleie av spesialsykepleier seg mer sikker på vask og stell av stomien, i motsetning til gruppen som mottok pleie fra vanlig sykepleier. Denne gruppen hadde også høyere vurdering på frykt av lukt og lekkasje i forhold til stomien. I Danielsen et al. (2013) og Grant et al. (2011) sin studie uttrykkes det også bekymringer om andre kunne se eller lukte stomien, og at de prøve måtte seg frem selv om hvilken mat som reduserte gass og lukt.

I McKenna et al. (2016) sin studie rapporteres det at 92% av 54 deltakere returnerte til eget hjem etter operasjonen. Åtte uker etter operasjonen påstod 89% at de var kapable til å ta vare på seg selv relatert til matlaging, bading, dobesøk og bevegelse. 90% indikerte at de greide å tømme stomiposen sin uten assistanse, og 78% greide å bytte pose selvstendig. Deltakerne møtte på stadig nye utfordringer etter utskrivelse, men med tiden greide flere å tilpasse stomien og utfordringene som kom med den. Flere gikk tilbake til daglige aktiviteter og jobb (Lim, Chan og He 2014, Zhang et al. 2011).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen diskuterer vi fremgangsmåten i litteraturstudiet. Vi diskuterer styrker og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse. Samtidig reflekterer vi over hva vi kunne gjort annerledes for å styrke oppgaven.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi ønsket å undersøke pasienter med tarmstomi sine erfaringer, siden kolostomi og ileostomi er de vanligste formene for tarmstomi (Norilco 2015), valgte vi å inkludere både kolostomi og ileostomi. Vi tror dette avgrenset oppgaven vår bra. Vi fant raskt artikler som var relevant til vår hensikt og vi tror dette er en styrke for vår oppgave. Ingen av artiklene skiller mellom erfaringer pasienter har med ileostomi eller kolostomi. Derfor er funnene basert på erfaringer fra begge typene stomi, og samlet under ett begrep; tarmstomi.

Vi ønsket å undersøke pasienters erfaringer i vår litteraturstudie, derfor hadde vi pasientperspektiv som et av våre inklusjonskriterier. Vi startet litteraturstudien med et sykepleierperspektiv, men det var lite forskning på dette og vi tenkte et pasientperspektiv ville svare bedre på vår hensikt. Vi ville ha flest kvalitative artikler, da et kvalitativt design undersøker menneskers erfaringer og opplevelser av et fenomen (Fosberg og Wengström 2013). Vi fant syv kvalitative artikler med god kvalitet. Dette var ikke nok artikler etter kravene fra høgskolen, og bestemte oss for å inkludere kvantitative artikler også. Kvantitativt forskningsdesign undersøker forhåndsdefinerte fenomener og deres egenskap, samt hvordan de er fordelt i en befolkning eller situasjon (Fosberg og Wengström 2013). Dette kan være en svakhet da kvantitative studier ikke svarer like godt på vår hensikt, men vi mener det også kan være en styrke da funnene i de kvantitative studiene kan underbygge funnene i de kvalitative studiene. Siden vi har valgt å ta med kvantitative artikler er vi bevisst på at funnene ikke skal presenteres som kvalitative funn, men heller underbygge funnene i de kvalitative artiklene.

I flere artikler kommer begrepet helsepersonell hyppigere frem enn begrepet sykepleier. Derfor har vi i resultatdiskusjonen, kapittel 5.2, brukt begrepet sykepleier fremfor helsepersonell i funnene våre da dette er en bacheloreksamen i sykepleie.

Alle artiklene våre oppfyller inklusjonskriteriene våre hvor artiklene skulle være publisert etter 2010, de skulle være etisk vurdert og tidsskriftet fagfellevurdert i nivå en eller to. Disse inklusjonskriteriene mener vi styrker oppgaven vår. At artiklene er publisert fra 2010 til nå gjør at forskningen er relativt ny, men vi så i flere artikler at selve studiet har blitt gjort noen år tidligere enn 2010. Dette kan være en svakhet, men vi tenker også at erfaringer og opplevelsene da og nå kan være ganske like. Vi kunne også utvidet søkene for å finne flere kvalitative artikler som kunne være relevant, det kan være en svakhet at dette ikke ble gjort.

Tarmkreft er en av de hyppigste årsakene til anleggelse av stomi (Norilco 2015), og flere av deltakerne i studiene har eller har hatt tarmkreft. Fire av våre inkluderte artikler hadde kun deltakere som hadde eller har hatt tarmkreft. De andre artiklene hadde i tillegg deltakere med andre sykdommer og årsaker til anleggelse av tarmstomi. Dette kan være en svakhet i funnene våre, siden utgangspunktet til deltakerne kan være ulikt i forhold til hvilken sykdom eller årsak de har for å få anlagt tarmstomi. En deltaker med kolorektal kreft kan ha en annen opplevelse av det å ha stomi sammenliknet med en deltaker med kronisk inflammatorisk sykdom i tarmen da disse sykdommene har ulike symptom, forløp og prognose. Samtidig må vi gå ut i fra vår hensikt, og vi tenker at behovet for informasjon og oppfølging er likt for alle som får tarmstomi uavhengig av årsak eller sykdom.

5.1.2 Datainnsamling

5.1.2.1 PICO-skjema

PICO-skjemaet vi hadde var i starten lite utfyllende. De første søkene vi gjorde var ustrukturerte, og søkeresultatet ble lite tilfredsstillende. Dette påvirket søkeprosessen og vi fikk mange ustrukturerte søk. Dette kan være en svakhet i oppgaven vår. Etter veiledningstime med bibliotekar fikk vi et mer utfyllende PICO-skjema med flere søkeord og vi forstod søkeprosessen bedre. Det at vi noterte nøkkelord fra artiklene vi fant underveis gjorde også at vi fikk et mer utfyllende PICO-skjema, og databasesøkene ble mer spesifikke, dette ser vi på som en styrke for oppgaven. Vi har mange søkeord i vårt PICO-skjema, men i ulike kombinasjoner fikk vi mange gode treff.

5.1.2.2 Søkestrategi

Det kan være en svakhet at vi kom sent i gang med en skikkelig søkeprosess. I de første prøvesøkene våre hadde vi ikke med ”limits”, da vi glemte dette, og vi varierte også bruken av søkeordene. Hele vår søkeprosess har vært noe uoversiktlig da dokumentasjonen av søkene våre har vært notert på ulike steder. Vi hadde i starten en dårlig struktur, men etter hvert som vi gjorde flere søk og etter veiledning med bibliotekar, ble søkene mer spesifisert da vi brukte limits og inkluderte flere søkeord. Det at vi hadde veiledning med bibliotekar mener vi er positivt for oppgaven, da det ga oss en bedre struktur i senere søk.

Vi brukte to databaser i våre søk, Ovid Medline og ProQuest. Ved veiledningstime med bibliotekaren viste han oss hvordan vi søkte i databasene CINAHL og Idun, men vi fant disse vanskelige å bruke grunnet lite erfaring med søk i databaser. Samtidig erfarte vi Ovid Medline og ProQuest som gode og brukervennlige databaser og vi synes vi fikk mange gode treff. Det kan være en svakhet at vi ikke har brukt ytterligere databaser da dette kunne utvidet muligheten for å finne relevante artikler. Vi gjorde til sammen ti søk med ulike søkeord og ulike kombinasjoner av søkeordene, samt begrensninger på årsutgivelse og språk. Dette mener vi er positivt for oppgaven da vi fikk mange treff og bredde i søkene, samtidig som de innfridde inklusjonskriteriene våre.

I våre to siste søk fikk vi mange treff. Disse søkene ble gjort i mars og vi følte vi hadde dårlig tid, men selv om det var mange treff greide vi luke ut de artiklene vi mente kunne være relevant og inkluderte til slutt tre artikler. Det kan være en svakhet at vi har kombinert mange treff med dårlig tid, da vi kan ha oversett relevante artikler vi kunne ha inkludert i oppgaven.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Gjennom søkeprosessen jobbet vi mye sammen, slik at vi kunne diskutere med hverandre om artikler var relevante eller ikke. Vi leste og kvalitetsvurderte artiklene hver for oss, hvor vi brukte sjekklister fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet (2015). Dette kan være en svakhet, men vi satt sammen slik at vi kunne diskutere. Etter vi hadde kvalitetsvurdert artiklene, diskuterte vi om de artiklene vi mente var av lavere kvalitet kunne inkluderes ved å lese hverandres artikkel. Vi har valgt å inkludere to artikler vi mener er av middels kvalitet, dette kan være en svakhet, men vi mener de er relevant til

vår hensikt. Resten av artiklene mener vi er av god kvalitet og etter vår vurdering har vi ikke inkludert artikler av lav kvalitet, noe vi ser på om en styrke for oppgaven vår.

Vi har begge brukt samme sjekklister for de artiklene med kvalitativt design, og notert fra artiklene på sjekklisene. Det finnes ulike sjekklister for artikler med kvantitativt design, og ved noen av artiklene var vi usikre på om vi brukte riktig sjekklister i forhold til forskningsdesignet artikkelen hadde. Dette kan være en svakhet, da de kan ha blitt vurdert etter feil sjekklister. Vi fylte ikke ut en fullstendig sjekklister på de siste artiklene vi inkluderte. Dette fordi vi var usikker på hvilket kvantitativt design som var brukt. Dette kan være en svakhet, men vi synes også etter å ha kvalitetsvurdert flere artikler underveis i denne prosessen, greide vi å kvalitetsvurdere de tilstrekkelig uten fullstendige sjekklister.

De fleste artiklene våre er fra USA, Spania og England. Vi har også artikler fra Kina, Singapore, Tyrkia og Danmark. Det at vi har artikler fra forskjellige land med ulike kulturer er en svakhet, men det kan også være en styrke da vi får mer bredde i funnene våre. Det at vi ikke har noen norske artikler gjør det vanskeligere å relatere våre funn til norsk praksis og dette er en svakhet. Likevel tenker vi det kan relateres til norsk praksis ved at de fleste studiene er utført i vestlige land, for eksempel USA og Danmark, hvor praksisen kan være ganske lik som norsk praksis. Våre funn som omhandler viktigheten av informasjon før og etter stomioperasjon mener vi kan relateres til norsk praksis, da behovet for informasjon er viktig uavhengig av land.

Alle artiklene våre er skrevet på engelsk. Vi forstår og leser engelsk godt, men under oversettingsprosessen må det tas høyde for at vi kan ha misforstått eller feiltolket ord og setninger. Dette kan ha påvirket våre funn.

5.1.4 Ethiske hensyn

Før arbeidet med en systematisk litteraturstudie bør etiske overveielser tas i betraktning (Fosberg og Wengström 2013). Alle artiklene vi inkluderte i vår litteraturstudie har blitt godkjent av en etisk komité eller et review board. Dette mener vi er en styrke for oppgaven vår. Opplevelsen og erfaringer med tarmstomi er, i følge funn fra våre artikler, et sensitivt tema for mange. Vi mener derfor det er viktig at etiske hensyn er ivaretatt og vurdert i

artiklene våre. Uten etiske godkjenninger og inadekvat informasjon i forkant av en undersøkelse, kan det i etterkant oppstå konflikter.

5.1.5 Analyse

Vi leste artiklene hver for oss, men i analyseprosessen ble vi enige om å anvende samme analysemetode. Dette ser vi på som en styrke, men vi hadde fått mer oversikt over funn hvis vi også hadde lest hverandre sine artikler grundig. Å samle funnene til hovedtemaer gikk relativt raskt, og vi var begge enige om hvilke funn som gikk mest igjen i artiklene. Det kan være en svakhet at vi ikke brukte lenger tid på å samle funnene til hovedtema da vi kunne oversett relevante funn. Underveis i prosessen skrev vi hovedfunnene og aktuelle tema opp på en tavle for å få oversikt. Når vi hadde funnet aktuelle tema, brukte vi fargekoder for hvert tema. Dette anser vi som en styrke da vi fikk god oversikt over de funnene og temaene som gikk igjen i artiklene. Funn i hovedtemaene kan gå inn i hverandre og gjentas gjennom presentasjonen av resultatene. Dette anser vi som en svakhet.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen skal vi diskutere studiens resultat opp imot studiens hensikt. Vi skal også diskutere resultatet opp mot bakgrunnsteori og relevant forskning, samt egne erfaringer og konsekvenser for praksis.

5.2.1 Når informasjonen og veiledningen ikke oppleves som tilstrekkelig

God informasjon og veiledning før et operativt inngrep gjør den postoperative perioden for pasienten lettere, dette er en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne forstå og delta aktivt i opplæringen, og for å greie å håndtere den nye livssituasjonen (Nilsen 2010). Dette blir bekreftet i studiene til Thorpe, McArthur og Richardson (2014), Millan et al. (2010) og Lim, Chan og He (2014) hvor pasientene som ikke mottok preoperativ informasjon følte seg uforberedt til et nytt liv med stomi.

En uhensiktsmessig plassering av stomien gir konsekvenser for pasienten. Å markere en stomiplassering krever trening, kunnskap og erfaring, og det er viktig å lytte til pasientens ønsker om plasseringen (Nilsen 2010). I studien til McKenna et al. (2016) kommer det frem at pasienter som mottok preoperativ stomimarkering og undervisning hadde en

statistisk høyere livskvalitet enn de som ikke mottok dette. Samtidig viste det seg at preoperativ stomimarkering har sammenheng med tidligere tilpasning og aksept av stomien (Millan et al. 2010). Vi har selv erfart i praksis at gode preoperative forberedelser og informasjon legger til rette for den postoperative perioden. Vi møtte en pasient som ikke fikk operert ileostomien sin langt nok ut fra huden som førte til mye lekkasjer og hudkomplikasjoner. Tarminnholdet i en ileostomi er flytende og grøtete i konsistens, og innholdet er svært irriterende for huden. Derfor bør en ileostomi konstrueres 3-4 cm utenfor hudnivået da risikoen for lekkasje er stor (Nilsen 2010).

Flere skulle ønske de hadde blitt bedre forberedt slik at de visste hva de kunne forvente etter operasjonen. Istedenfor følte mange seg overveldet av informasjon om stomi og stell postoperativt (Lim, Chan og He 2014). Samtidig må vi huske at pasientens forutsetninger for å ta imot informasjon er begrenset i forbindelse med en operasjon. Følelsen av å miste kontroll over en funksjon gir store påkjenninger for pasienten (Nilsen 2010). Å motta preoperativ undervisning hjalp pasienter å akseptere stomien, andre fant dette skremmende (Thorpe, McArthur og Richardson 2013). Pasienter som skal gjennom et operativt inngrep vil oppleve frykt og usikkerhet med tanke på et endret kropps-og selvbilde (Nilsen 2010). For å kunne gi god veiledning må man som sykepleier kunne vurdere pasienten og den situasjonen han/hun er i. Hensikten med veiledningen er å legge til rette for mestringskompetansen når det gjelder egen sykdom (Tveiten 2008). Samtidig tenker vi at preoperativ informasjon og veiledning er en utfordring grunnet tidsbegrensninger. Sykepleiere er etter erfaring stadig i en tidsklemme grunnet mangel på ressurser som ofte vil gå ut over pasientens behov for adekvat informasjon og veiledning.

Urealistiske oppfatninger av å leve med en stomi ble presentert i den preoperative fasen. En deltaker fortalte at han hadde hatt tiltro til sykepleierens uttalelser om at det finnes et uproblematisk liv med stomi, noe ingen av deltakerne i studien kunne relatere seg til etter operasjonen (Danielsen et al. 2013). Vi tenker det er viktig å gi pasienten et realistisk bilde på hvordan det er å leve med stomi. En sykepleieoppgave er å støtte og berolige pasienten, men det er viktig å være realistisk i forhold til postoperative problem eller komplikasjoner som kan oppstå, selv om informasjonen kan virke skremmende.

Det er viktig at sykepleier har praktisk kunnskap om stomistell for å utføre den sammen med pasienten, og samtidig må sykepleier ha kjennskap til de psykiske reaksjonene som

kommer frem hos pasienter som får tarmstomi (Nilsen 2010). I prosessen etter operasjonen følte flere at de hadde lite kunnskap om stomi, dette resulterte i at flere ikke var forberedt nok til selv ta seg av stomien og de emosjonelle utfordringene (Lim, Chan og He 2014). Informasjon og undervisning om stell av stomien må gis gradvis og en bør unngå å gi for mye informasjon fra begynnelsen. Det kan fort bli for mye for pasienten å huske. Hvordan undervisningen skal foregå må vurderes ut ifra læreforutsetningene, noen kan ha behov for å få all kunnskap gjennom samtale, og andre må ha skriftlig materiell i tillegg (Tveiten 2008).

Å håndtere stomien selv om de ikke følte seg klar for å lære gjorde pasientene ute av stand til å engasjere seg i læremulighetene, og dette ble sett på som kritisk for å oppnå selvstendig stomihåndtering (Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Danielsen et al. 2013). Å vurdere hva som er et riktig tidspunkt for veiledning er viktig for at pasienten skal få best mulig læringsutbytte. Pasienten må selv ha et ønske om veiledningen, og dialogen mellom sykepleier og pasient må være god (Tveiten 2008). Dette kan være en utfordring. I følge sykepleier fra gastrokirurgisk avdeling på et sykehus i nærområdet som vi snakket med i forbindelse med oppgaven, opplevde hun pasienter som neglisjerte stomien, dette gjaldt spesielt eldre damer og yngre pasienter. Hvis pasienten ikke viser interesse må sykepleier prøve å gjøre han/hun nysgjerrig. Dette kan for eksempel gjøres ved at pasienten langsomt trekkes inn i stellet av tarmstomien. Pasienten bør også oppmuntres til å snakke om sine tanker og reaksjoner (Nilsen 2010).

Undervisningen som ble mottatt på sykehuset samsvarte ikke alltid med deres behov når de kom hjem. På grunn av mangelfull informasjon om hva en kan forvente etter utskrivelse, måtte mange pasienter lære seg håndtering av stomi i form av prøving og feiling (Danielsen et al. 2013). Mange følte seg tatt vare på av sykepleier under den postoperative perioden, men da de kom hjem følte de seg etterlatt til seg selv (Beaver et al. 2010). Vi tenker at det er sykepleier sitt ansvar å følge opp pasienten i forhold til håndtering av stomistell i den initiale postoperative perioden. Det er også sykepleiers oppgave å observere og vurdere om pasienten mestrer denne oppgaven på en tilfredsstillende måte før pasienten blir utskrevet fra sykehus.

Å motta informasjonsbrosjyrer og hefter som kunne brukes etter utskrivelse hadde vært nyttig, denne kunne fungere som en manual med steg-for-steg instruksjoner på hvordan

man for eksempel bytter stomipose med bilder og tekst (Lim, Chan og He 2014, Danielsen et al. 2013). Ved gastrokirurgisk avdeling forteller sykepleier at pasienter som har fått stomi får utdelt brosjyrer med informasjon angående blant annet stomistell og diett. På Norilco sine nettsider finnes det også gode informasjonsbrosjyrer som kan bestilles hjem, eller leses på nett (Norilco 2015).

5.2.2 God opplæring legger til rette for selvhåndtering og aksept av stomien

Under læringsprosessen knyttet til stomihåndtering ble det fortalt om både positive og negative erfaringer relatert til sykepleiers kompetanse og tillitsforhold (Sun et al. 2014, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, McKenna et al. 2016, Coca et al. 2015, Millan et al. 2010). Gode relasjoner med spesialsykepleier var viktig, da de opplevdes som erfarne i å lære de å håndtere stomien. Andre opplevde å knytte relasjon med sykepleier som ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og erfaring (Sun et al. 2014). Vi tenker en spesialsykepleier innen tarmstomi ofte vil ha økt kunnskap og erfaring, og derfor ha bedre forutsetning for å kunne gi tilfredsstillende informasjon og veiledning til pasienter med tarmstomi. Vi tenker også at spesialsykepleier vil enklere kunne identifisere pasientens behov i forhold til hverdagslige- og psykososiale utfordringer. Dette bekreftes i Thorpe, McArthur og Richardson (2013) sin studie hvor sykepleiere opplevdes å ha tilstrekkelig kunnskap og forståelse for å kunne ta beslutninger innen pleien, men noen merket begrensninger i omsorg og forståelse, spesielt hos sykepleiere uten spesialisering. Dette kan støttes av funnene i studien til McKenna et al. (2016) hvor det kommer fram at selvhåndtering av stomien styrkes ved bruk av spesialsykepleier.

Noen belyste viktigheten med fysisk støtte gitt til dem i opplæringsprosessen av stomihåndteringen. Støtte fra ektefelle og barn var essensielt med tanke på å stelle stomien (Lim, Chan og He 2014, Grant et al. 2011). En kvinne forteller at ektemannen hennes hjelper henne å bytte stomipose hver fjerde dag på grunn av vanskelighet med å bytte når hun står oppreist (Lim, Chan og He 2014). Andre fant det vanskelig å åpne seg til familiemedlemmer, de fryktet å være en byrde for dem. Noen var engstelig i å betro seg til ektefelle og barn noe som gjorde at de holdt bekymringer for seg selv (Lim, Chan og He 2014). Å ha god støtte av sine nærmeste betyr mye for pasienten, og de kan være en viktig ressurs. Det er viktig at sykepleier, i samråd med pasienten, oppmuntrer pårørende til å delta under informasjon og veiledning sammen med pasienten. Pasienten kan ha

vanskeligheter med å formidle dette videre til sine pårørende alene (Nilsen 2010). Dette bekreftes også av sykepleier ved gastrokirurgisk avdeling. Ved informasjon og veiledning til pasienter med stomi bruker de å oppmuntre til å inkludere pårørende, hvis det er ønskelig. Vi tenker at å inkludere pårørende i stell og håndtering av tarmstomien er positivt. Det gjør at pårørende kan føle seg inkludert og pasienten trenger nødvendigvis ikke være alene i å håndtere stomien.

Å kunne akseptere og håndtere stomien etter operasjonen var relatert til deltakernes forståelse og tilpasning av stomien, dette var knyttet til sykepleiers kompetanse til å informere og formidle kunnskap om stomien (Coca et al. 2015, Zhang et al. 2011, Danielsen et al. 2013, Lim, Chan og He 2014). Den første gangen pasienten møter omverdenen med en tarmstomi på magen, er han/hun spent på hvordan omgivelsene vil reagere. Noen pasienter vil se operasjonssåret og stomien med en gang, men andre gruer seg med tanke på kroppsforandringene, og trenger mer tid (Nilsen 2010). 34% av 402 deltakere rapporterte bekymringer i forhold til å akseptere og se på sin egen stomi i den post-operative perioden. Tre måneder senere var det kun 15,9% som fortsatt hadde disse bekymringene (Coca et al. 2015). Dette kan være fordi mange følte seg redde og ukomfortable med stomien, samtidig begynte flere å gradvis akseptere stomien relatert til forståelsen av håndtering av stomi (Zhang et al. 2011). Vi tenker å gi pasienten tid samtidig som det gis adekvat informasjon og veiledning, er essensielt når det gjelder aksept og forståelse av stomien. Flere hadde problemer med å stille sin egen stomi på grunn av avsky mot stomien. I Coca et al. (2015) kommer det fram at de som ble behandlet av spesialsykepleiere hadde høyere evne til å glemme stomien, og hadde bedre tilpasning til livet med stomi i forhold til gruppen som ble behandlet av vanlige sykepleiere. Her kommer det også frem at begge gruppene hadde en reduksjon i antall som synes det var ubehagelig å se på stomien tre måneder etter operasjonen. Det kan være vanskelig for en pasient å akseptere at en del av tarmen nå ligger ute på magen, og det er viktig at sykepleier formidler til pasienten at det er viktig å dele reaksjoner og tanker rundt temaet. En viktig del av aksept av tarmstomien er at pasienten blir langsomt trukket med i deltakelsen av stell av stomi. Etter hvert som pasienten mestrer stell av stomien, blir han/hun gradvis mer i stand til å ta over ansvaret, og vil da etter hvert kunne greie å akseptere tarmstomien (Nilsen 2010).

5.2.3 Oppfølging etter utskrivelse

Behov for oppfølging i form av hjemmebesøk, telefonsamtaler og gruppeundervisning etter utskrivelse ble belyst hos mange av deltakerne (Karabulut, Dinc og Karadag 2014, Zhang et al. 2011, Grant et al. 2011, Sun et al. 2014, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Beaver et al. 2010, Lim, Chan og He 2014). I Thorpe, McArthur og Richardson (2013) sin studie ble viktigheten av å vite at sykepleier er tilgjengelig for støtte etter utskrivelse belyst, selv femten måneder etter operasjonen fant noen tilbudet beroligende. Erfaring viser at pasienten glemmer mye av den informasjonen som blir gitt ved innleggelse på sykehus. Dette kan være på grunn av kort liggetid, samt mange inntrykk for pasienten. Derfor bør informasjon også gis etter pasienten er skrevet ut (Nilsen 2010).

Oppfølging via telefon ville vært hjelpsomt, og flere ukentlige telefonsamtaler etter utskrivelse hadde vært bra slik at man kan få støtte og hjelp til å tilpasse seg stomien i opplæringsfasen (Lim, Chan og He 2014). Dette erfares å være et godt tiltak i studien til Beaver et al. (2010) hvor sykepleiere ofte ble kontaktet for informasjon og råd, og ble oppfattet som hjelpsomme som både praktisk og emosjonell støtte. I studien til Zhang et al. (2011) kommer det frem hvilke utfordringer deltakerne møtte på som gjorde at de tok kontakt via telefon. Flere ringte grunnet problemer eller spørsmål angående stomien, blant annet bytting av pose, utstyr og komplikasjoner. Det er viktig at pasienten skal føle seg trygg etter utskrivelse, derfor bør pasienten få et telefonnummer som han/hun kan ringe hvis det er behov for råd og hjelp (Nilsen 2010). På en annen side var ikke dette alltid tilfellet, flere rapporterte at de ikke kom i kontakt med sykepleier, og ble heller ikke ringt opp igjen. Dette førte til at flere vegret seg på å ringe, og dermed tok avstand fra tilbudet (Beaver et al. 2010).

Selv om deltakerne opplevde informasjon og veiledning gitt fra sykepleier som viktig i tilpasningen av stomien, opplevde mange gruppebasert undervisning som verdifullt (Sun et al 2014, Danielsen et al. 2013, Zhang et al. 2011, Karabulut, Dinc og Karadag 2014, Grant et al. 2011). Flere fikk informasjon via støttegrupper og opplevde dette som hjelpsomt i deres tilpasning til stomien. Noen fant det verdifullt å motta undervisning fra andre mennesker med stomi, hvor man kan dele erfaringer og gi tips om hvilket stomiutstyr som fungerer bra eller dårlig (Sun et al. 2014). I følge Nilsen (2010) kan det være av stor verdi for pasienten å se at en person med stomi lever et normalt liv og fungerer i sosiale

sammenhenger. Gruppebasert undervisning er foretrukket fordi det ga læring fra mennesker i samme situasjon (Danielsen et al. 2013). En fordel med å være i en gruppe kan være at man opplever at man ikke er alene i situasjonen, noe som kan bidra til fellesskapsfølelse og samhørighet. En ulempe kan være at man ikke våger å komme med spørsmål eller kommentarer (Tveiten 2008). I følge Norilco (2015) finnes det gruppesamlinger både for yngre og eldre mennesker med tarmstomi, dette er noe sykepleier kan anbefale.

Planlagt gruppeundervisning viser å ha effekt på sosial tilpasning. Basert på observasjoner menes det at kjønnsbasert opplæring og tilpasning kan være bra, da funn viste at menn tilpasset seg dårligere enn kvinner sosialt (Karabulut, Dinc og Karadag 2014). I motsetning til dette kom det frem i studien til Grant et al. (2011) at kvinner beskrev mer spesifikke psykologiske og sosiale tilpasningsproblem enn menn. Dette tenker vi kan skyldes kulturforskjeller da ene studien ble gjennomført i Tyrkia og den andre i USA. Derfor mener vi at disse funnene ikke er sammenlignbare, siden studiene er utført i to forskjellige land med to ulike kulturer.

5.2.4 Gjenoppretelse av autonomi

Deltakere erfarte å føle seg etterlatt til seg selv etter utskrivelse og ble møtt med nye utfordringer, blant annet å måtte gjenopprette kroppslig og personlig autonomi (Lim, Chan og He 2014, Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Danielsen et al. 2013, Beaver et al. 2010, Zhang et al. 2011). Mangel på selvtillit med tanke på hjemreise ble gjort verre ved at pasienten ikke ble involvert i bestemmelsen av utskrivelse, og følte seg derfor uforberedt til overgangen (Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Lim, Chan og He 2014). Noen ganger kan det av ulike årsaker være urealistisk å forvente at pasienten skal mestre stellet alene før han reiser hjem, det er imidlertid viktig at pasienten og sykepleier snakker sammen om hva som er realistisk og at de kommer fram til et rimelig mål før utskrivelse (Nilsen 2010). I Lim, Chan og He (2014) og Beaver et al. (2010) sine studier følte flere seg uforberedt til hjemreise på grunn av lite kunnskap i å håndtere stomien på egen hånd. Flere følte usikkerhet på hvordan en stomi ser ut, ulike typer stomiutstyr, hvordan man pleier stomien og generell informasjon om stomi. For å mestre et liv med stomi trenger pasienten kunnskap om stomistell, utstyr, komplikasjoner og hvordan det er å leve med stomi både fysisk og psykisk. Ved å undervise pasienten om dette er sykepleier med på å bygge opp

pasientens kompetanse og trygghet, og dermed gi mulighet til å gjenvinne kontroll og selvstendighet (Nilsen 2010).

Evnen til personlig autonomi rundt helse relaterte problem ble ytterligere påvirket av forhold knyttet til tilpasning av en forandret kropp, for eksempel forutsigbarhet over stomiens funksjon, kompetanse innen stomipleie og generell fysisk funksjon (Danielsen et al. 2013). Selv om utskrivelse fra sykehus ble sett på som et større steg mot autonomi, hadde flere liten selvtillit innen stomihåndtering. Dette førte til et forlenget avhengighetsforhold til sykepleier når det gjaldt praktisk håndtering og emosjonell støtte (Danielsen et al. 2013, Thorpe, McArthur og Richardson 2013). Flere fikk tilbud om hjemmebesøk fra en spesialsykepleier hvor man kunne fortsette å lære om stomihåndtering (Thorpe, McArthur og Richardson 2013). I følge Norilco (2015) tilbyr de hjemmebesøk til alle som har fått stomi for informasjon og opplæring.

I vår litteraturstudie kommer det frem at pasientene erfarte gjenopprettelse av kroppslig autonomi ved å overkomme praktiske problem når det gjaldt stomihåndtering, og personlig autonomi i samsvar med økt selvtillit i deres evne til å takle stomirelaterte problem på egen hånd. Jo nærmere de var å gjenopprette kroppslig autonomi jo mer redusert ble behovet for hjelp fra sykepleier (Thorpe, McArthur og Richardson 2013, Danielsen et al. 2013).

5.2.5 Møte med nye utfordringer etter utskrivelse

Deltakerne erfarte fysiske begrensninger i tiden etter operasjonen når det gjaldt aktiviteter i dagliglivet, blant annet ved jobb, sosiale sammenkomster, diett, seksualitet og søvn (Lim, Chan og He 2014, Grant et al. 2011, Zhang et al. 2011, Danielsen et al. 2013, Beaver et al. 2010, Coca et al. 2015, McKenna 2016, Karabulut, Dinc og Karagdag 2014). Selvpålagte begrensninger var sterkt tilknyttet det å unngå avsløringer av stomien og hindre at andre skulle få vite om stomien. Dette førte til at de unngikk forskjellige aktiviteter i dagliglivet for å unngå tap av kontroll over kroppen. Flere følte at deres identitet ble svekket på grunn av tilstedeværelsen av stomien. Å måtte ta seg av og håndtere stomien var blitt en stor del av hverdagen etter utskrivelse (Danielsen et al. 2013, Lim, Chan og He 2014). Vi kan tenke oss at fysiske begrensninger ikke bare blir påvirket av faktiske fysiske begrensninger, men også psykiske. Vi tror at over tid vil pasienten lære seg å tilpasse disse begrensningene som følge av stomien, men sykepleier bør være tilgjengelig for pasienten i opplæringsprosessen som beskrevet i tidligere funn.

Å tilpasse seg å kunne se på avføringen som kom fra stomien på nært hold ble sett på som en utfordring, det samme med lukten som kom under stell (Lim, Chan og He 2014). Enkelte pasienter opplever lukten som plagsom, og dermed makter de ikke å lære noe. I praksis erfarte vi at man kan bruke en luktnøytraliserende pille som man kan legge i posen når den skiftes. Et annet tips er å avstå fra mat som gir mye tarmgass og illeluktende flatus, det er en sykepleiers oppgave å informere om ulike typer mat en bør holde seg unna for å unngå dette (Nilsen 2010). Dette kan støttes av Coca et al. (2015) sin studie hvor de som mottok pleie av spesialsykepleier følte seg mer sikker på vask og stell av stomien, i motsetning til gruppen som mottok pleie fra vanlig sykepleier. Denne gruppen hadde også høyere vurdering på frykt av lukt og lekkasje i forhold til stomien. Flere erfarte bekymringer om andre kunne se eller lukte stomien (Danielsen et al. 2013, Grant et al. 2011). De fleste beskriver de ukontrollerte lydene og ubehagelig lukt fra stomien som det mest plagsomme i livet med stomi (Nilsen 2010).

I følge Nilsen (2010) er det mange pasienter som skyver bort seksuelle behov etter stomioperasjonen. Mange opplever frykt for å bli ensom og avvist. Dette bekreftes i Coca et al. (2015) sin studie hvor seksuell aktivitet ble redusert i begge gruppene etter stomioperasjonen. Dette kom også frem i Grant et al. (2011) sin studie hvor begge gruppene (en gruppe var menn, den andre kvinner) identifiserte problemer med seksualitet og intimitet etter operasjonen. Det er sykepleiers ansvar å finne tid til samtale med pasienten hvor en informerer om seksualitet og samliv, og hvordan operasjonen og stomien kan virke inn på dette området. Å godta at kroppens utseende er forandret, og venne seg til å ha en pose med avføring på magen, er en kneik det trengs innsats for å komme over (Nilsen 2010).

Omgivelsene og samfunnet forventer at vi holder oss "renslige", og at lyder og lukter ikke skal høres eller kjennes ute blant mennesker. Det å tape denne kontrollen kan gå ut over selvbildet og identiteten til et menneske (Nilsen 2010). Forandringer i kroppens utseende og funksjon påvirker det tilvante kroppsbildet, og på den måten får sykdom konsekvenser for menneskets opplevelse av identitet og egenverd (Solvoll 2011). Selvpålagte begrensninger var sterkt tilknyttet det å unngå avsløringer av stomien og hindre at andre skulle få vite om den. Dette førte til at de unngikk forskjellige aktiviteter i dagliglivet for å unngå tap av kontroll over kroppen. Flere følte at deres identitet ble svekket på grunn av tilstedeværelsen av stomien. Å måtte ta seg av og håndtere stomien var blitt en stor del av

hverdagen etter utskrivelse (Danielsen et al. 2013, Lim, Chan og He 2014). Mange opplever frykt og usikkerhet med tanke på endret leveste og kropps- og selvbilde. Tidligere erfaringer og pasientens tidligere kropps- og selvbilde har mye å si for håndteringen av den nye livssituasjonen (Nilsen 2010). Det kan være vanskelig for sykepleier å håndtere slike pasientsituasjoner, men sykepleier bør på best mulig måte trøste og oppmuntre pasienten. Sykepleier kan være med på å hjelpe pasienten i å tilpasse seg en forandret kropp ved å forberede han/hun på forandringene før behandlingen innledes (Schjølberg 2010).

6.0 Konklusjon

Denne systematiske litteraturstudien hadde som hensikt å belyse pasienters erfaringer relatert til stomioperasjon og tiden etter utskrivelse.

Vi fant ut at med utilstrekkelig eller ingen pre-operativ informasjon og veiledning følte pasienter seg uforberedt til et liv med stomi. Med adekvat og tilfredsstillende preoperativ informasjon og veiledning var det lettere for noen å akseptere stomien tidligere. Økt livskvalitet ble også dokumentert hos pasienter som mottok preoperativ stomimarkering og undervisning.

Postoperativt var det mange som opplevde at de hadde lite kunnskap om stomi. Flere følte seg ikke klar til å lære om stomien, håndteringen av den og de emosjonelle utfordringene. På grunn av mangelfull informasjon og veiledning postoperativt, var det mange som måtte lære seg håndtering av stomien i form av prøving og feiling etter utskrivelse. Støtte fra familie og gode relasjoner til sykepleier ble belyst her. Tillit til sykepleier var sentralt i den post-operative fasen med tanke på selvtillit i å selv ta del i pleien, men mange følte seg likevel etterlatt til seg selv når de kom hjem. Oppfølging i form av hjemmebesøk, telefonsamtaler eller gruppeundervisning var et behov og ble sett på som hjelpsomt og beroligende, og hadde også effekt på sosial tilpasning. Det ble også sett på som verdifullt og lærerikt å dele erfaringer og lære av mennesker i samme situasjon.

Tap av autonomi ble erfart relatert til følelsen av hjelpeløshet, at de ikke hadde kontroll over eget liv og liten selvtillit i stomihåndtering. Økt selvtillit innen stomihåndtering økte personlig autonomi og gjenopprettelse av kroppslig autonomi ble erfart ved å overkomme praktiske problemer med stomien.

Vi fant ut at deltakere erfarte fysiske begrensinger i tiden etter operasjonen som aktiviteter i dagliglivet, blant annet ved jobb, sosiale sammenkomster, diett, seksualitet og søvn. Det ble uttrykt bekymring relatert til avsløring av stomi og at deltakere unngikk sosiale sammenkomster relatert til dette. Med tiden greide mange å tilpasse seg stomien og utfordringene, og flere gikk tilbake til daglige aktiviteter og jobb.

6.1 Konsekvenser for praksis

Det er begrenset med tid pasienter er liggende inne på et sykehus og derfor begrenset med tid sykepleier har til å gi god informasjon, veiledning og oppfølging. Derfor tenker vi det er viktig å ha gode prosedyrer og planlegge informasjonen som skal gis. Sykepleier må også gi informasjonen til rett tid og ikke for mye på en gang. God og tilstrekkelig kunnskap blant sykepleiere er viktig slik at de kan gi tilfredsstillende informasjon og oppfølging. En av de viktigste oppgavene til sykepleier er å hjelpe pasienten å leve med stomi og lære han/hun å stelle stomien (Rustad og Borenstein 2010). Dette kan være positivt for gjenopprettelse av autonomi. Økt kunnskap og flere spesialsykepleiere tror vi vil gi økt trygghet hos pasienter både før og etter operasjon. Stomimarkering er blant annet viktig før en stomioperasjon og kunnskap om dette er viktig. Støtte til pasienten og oppmuntre han/hun til å snakke om tanker og følelser er også en viktig sykepleieoppgave. Pårørende er ofte en viktig støtte for pasienten, sykepleier bør inkludere og oppmuntre pårørende til å delta under stell av stomi og når det gis informasjon. Gruppeundervisning eller støttegrupper er noe som er beskrevet i flere av våre inkluderte artikler og kan være noe sykepleier kan oppmuntre pasienten å delta på. Norilco har støttegrupper og tilbyr samtaler med mennesker som har erfaringer med å leve med tarmstomi. Dette bør sykepleier informere pasienten om.

6.2 Anbefalinger for videre forskning

Gjennom vår litteraturstudie fant vi mye kvantitativ og kvalitativ forskning rundt temaet stomi. Vi tenker det kan forskes videre på effekten av pre- og postoperativ informasjon og veiledning, og effekten av ulike intervensjoner og metoder for undervisning og formidling av kunnskap. Mer forskning på psykososiale utfordringer for pasienter med stomi vil være verdifullt for sykepleiers forståelse av hvordan det er å være pasient med tarmstomi. De artiklene vi inkluderte i vår litteraturstudie hadde flest eldre deltakere. Det er flere eldre som har tarmstomi, men mer forskning på yngre med tarmstomi vil også gi sykepleier mer kunnskap, da behovet hos yngre pasienter kan være ulik fra behovene til eldre.

Litteraturliste

Beaver, Kinta, Saima Latif, Susan Williamson, Debbie Procter, Janet Sheridan, Jonathan Heath, Shabbir Susnerwala og Karen Luker. 2010. "An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer." *Journal of Clinical Nursing* 19:3291-3300.

Berntzen, Helene, Hallbjørg Almås, Anne Marie Gran Bruun, Siri Dørve, Asbjørg Giskemo, Grethe Dåvøy og Randi Grønseth. 2010. "Perioperativ og postoperativ sykepleie." I *Klinisk sykepleie 1*. 4.utg. Hallbjørg Almås, Dag- Gunnar Stubberud og red. Randi Grønseth, 274.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Claessens, Ineke, Rosalind Probert, Chantal Tielemans, Anne Steen, Caroline Nilsson, Birgitte Dissing Andersen og Zenia M. Størling. 2015. "The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot." *Gastrointestinal Nursing* 13(5):18-25.

Coca, Cristina, Ignacio Fernández de Larrinoa, Raquel Serrano og Helena Garcia-Llana. 2015. "The Impact of Specialty Practice Nursing Care on Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies." *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 42(3):257-263.

Danielsen, Anne Kjaergaard, Erik Elgaard Soerensen, Kirsten Burcharth og Jacob Rosenberg. 2013. "Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs." *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 40(4):407-412.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26.

Fosberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarne of bokförlaget Natur & kultur.

Grant, Marcia, Carmit. K McMullen, Andrea Altschuler, Jane Mohler, Mark C. Hornbrook, Lisa J. Herrinton, Christopher S. Wendel, Carol M. Baldwin og Robert S. Krouse. 2011. "Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomies." *Oncology Nursing Forum* 38(5): 587-596.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2012. "Sykdommer i mage-tarm-kanalen." I *Sykdomslære - indemedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utg. 242-243.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2015. SAE00 *Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp.* Molde: Høgskolen i Molde.

Karabulut, Hatice K., Leyla Dinc and Ayise Karadag. 2014. "Effects of planned group interactions on the social adaption of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study." *Journal of Clinical Nursing* 23:2800-2813.

Kreftregisteret. 2015. "Kreftstatistikk". (Lest 14.03.2015).

<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. 2016. "Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar". (Lest 02.03.16).

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Lim, Siew Hoon, Sally Wai Chi Chan og Hong-Gu He. 2014. "Patients' Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period." *Cancer Nursing* 38(3):185-193.

McKenna, Linda S., Elizabeth Taggart, Joyce Stoelting, Geri Kirkbride og Gordon B. Forbes. 2016. "The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life." *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 43(1):57-61.

Millan, Monica, Montse Tegido, Sebastiano Biondo og Eduardo Garcia-Granero. 2010. "Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units." *Colorectal disease* 12:88-92.

Nilsen, Cecilie. 2010. "Sykepleie til pasienter med stomi" i *Klinisk sykepleie* 2. 4. utg. Red. Randi Grønseth, Dag-Gunnar Stubberud og Hallbjørg Almås, 103-131.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. "Spørsmålsformulering." I *Jobb kunnskapsbasert! – en arbeidsbok*. 2. Utg. 33-34.
Oslo: Akribe AS.

Norilco. 2015. "Hvem får tarmkreft?". (Lest 14.03.16).
<http://www.norilco.no/informasjon/tarmkreft/hvem-faar-tarmkreft>

Norilco. 2015. "Om stomi/ reservoar". (Lest 16.11.15).
<http://www.norilco.no/informasjon/bestilling-av-brosjyrer>

Norsk vitenskapelig datatjeneste. 2016. Publiseringkanaler. (Lest 17.11.15).
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/Forside>

Rustad, Lise Jannicke og Elisabeth Borenstein. 2010. "Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelsesorganene." I *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 481.
Oslo: Akribe AS

Salvedalena, Ginger D. 2013. "The Incidence of Stoma and Peristomal Complications During the First 3 Months After Ostomy Creation." *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 40(4):400-406.

Schjølberg, Tore Kr. 2010. "Endret kroppsbilde." I *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 131-133.

Oslo: Akribe AS

Solvoll, Betty-Ann. 2011. "Identitet og egenverd." I *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug (red.). 15-22.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sun, Virginia, Marcia Grant, Carmit K. McMullen, Andrea Altschuler, M. Jane Mohler, Mark C. Hornbrook, Lisa J. Herrinton og Robert S. Krouse. 2014. "From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies." *Supportive Care Cancer* 22:1563-1570.

Thorpe, Gabrielle, Margaret McArthur og Barbara Richardson. 2013. "Healthcare experiences of patients follow faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration." *International Journal of Nursing Studies* 51:379-389.

Tveiten, Sidsel. 2008. "Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende." I *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. 158-181.

Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Tveiten, Sidsel. 2008. "Veiledning." I *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. 79-81.

Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Zhang, Jun-E, Frances KY Wong, Li M You og Mei C Zheng. 2011. "A qualitative study exploring the nurse telephone follow-up of patients returning home with a colostomy." *Journal of Clinical Nursing* 21:1407-1415.

PICO-skjema

Vedlegg 1

	P	I	O
Norsk	Sykepleier Stomi Ileostomi Kolostomi Kolarektal	Undervisning Informasjon Pasientundervisning	Livskvalitet Erfaring Helse
Engelsk	Nurse Nurs* Stoma* Ostomy Ileostomy Colostomy Colorectal*	Education Educat* Information Info* Patient education	Quality of Life Experience Health Health Care

Søkehistorikk

Vedlegg 2

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste Abstracts	Leste Artikler	Inkluderte artikler
03.09.15	Nurs* and stoma* and educat* (limits 2012-current)	ProQuest	112	5	3	0
03.09.15	Nurs* and stoma* and ostomy* and educat* (limits 2010-current)	ProQuest	164	7	3	1
03.09.15	Educat* and quality of life and colostomy or ostomy or ileostomy and nurs* (limit to year 2010 – current and danish or norwegian or english or swedish)	Ovid Medline	11	5	1	0
16.11.15	Nurs* or nursing or nurses role and info* and quality of life and colostomy or ostomy or ileostomy (limit to Danish or Norwegian or Swedish or English and year 2010-current)	Ovid Medline	7	4	2	0
17.11.15	Patient education as topic or inform or educat* and ostomy or colostomy or stoma and nurs* or nursing or nurses role or nursing role and Qualitative Research or qualitativ* (limit to Danish or Norwegian or Swedish or English and year 2010-current)	Ovid Medline	11	5	5	4
03.12.15	Colostomy* or ostomy or stoma and educat* or Education, Nursing or inform and colorectal* (limit to Danish or Norwegian or Swedish or English and year 2010-current)	Ovid Medline	37	4	4	1
03.12.15	Nurs* or nursing staff, hospital or nursing and ostomy or ostomy* or colostomy* (limit to year 2010-current)	Ovid Medline	101	4	3	1
08.12.15	Patient education or patient education as topic or info* or educat* or education, nursing and stoma or ostomy* or colostomy and colorectal (limit to Danish or Norwegian or Swedish or English and year 2010-current)	Ovid Medline	31	8	3	1

07.01.16	Ostomy* or colostomy and education, nursing or educat* or info* or patient educat* or patient education as topic (limit to Danish or Norwegian or Swedish or English and year 2010-current)	Ovid Medline	187	4	2	0
03.03.16	Patient* and ostomy* or stoma* and health or healthcare and experience or quality of life (limit to year 2011-2016)	Ovid Medline	394	15	5	3

Artikkel nummer	1
Forfattere	Beaver, Kinta, Saima Latif, Susan Williamson, Debbie Procter, Janet Sheridan, Jonathan Heath, Shabbir Susnerwala og Karen Luker
År	2010
Land	England
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer
Hensikt	Å utforske pasienters erfaring av oppfølging etter behandling for colorektal cancer.
Metode / Instrument	Det ble brukt et eksplorativt kvalitativt forskningsdesign. Data ble hentet ved å utføre individuelle kvalitative intervju hvor det ble brukt en fleksibel intervjuguide som stilte åpne spørsmål relatert til hensikten av studiet. Intervjuene ble holdt hjemme hos pasientene og tatt opp på lydbånd. Alle intervjuer ble transkribert, og det ble brukt en tematisk analyse. Transkripsjonene ble lest av tre forskjellige forskere individuelt.
Deltagere / Frafall	Målgruppen var pasienter som hadde gjennomført aktiv behandling for colorektal cancer, og som dro rutinemessig til oppfølgingstimer ved sykehusklinikken. Dette innebar både pasienter som fikk stomi og for andre operasjoner som utføres ved colorektal cancer. Potensielle pasienter ble spurt om å delta på studien ved besøk på sykehusklinikken, og ble kontaktet etter vist interesse. 27 pasienter deltok i studien, disse hadde oppfølging på et distriktsykehus nordvest i England. Det er ikke redegjort om frafall i studien.
Hovedfunn	Det ble identifisert et hovedtema med flere undertemaer. Hovedtemaet innebar det å vite hva man kan forvente etter en operasjon for colorektal cancer. Mange var usikre på hva som kom til å skje når de kom hjem. Inadekvat informasjon gjorde at de ble usikre på symptomer, om disse var normale eller ikke. Mange følte tilstrekkelig hjelp under innleggelsen men da de kom hjem ble de etterlatt til seg selv og usikkerheten. Mange måtte lære seg å stelle stomien ved å lære og feile selv. De fleste av pasientene dro til oppfølgingstime hos lege, men noen dro til sykepleier som viste seg å være gunstig med tanke på støtte, informasjon og forberedelser. Tryggheten i å kunne ringe en sykepleier ved spørsmål og usikkerheten ble belyst i studien.
Etisk vurdering	Studien er etisk godkjent fra the Local Research Ethical Committee på sykehusklinikken. Pasientene fikk skriftlig og verbal informasjon om konfidensialitet og anonymitet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste
Database	Ovid Medline
Søk	5

Artikkel nummer	2
Forfattere	Karabulut, Hatice K., Leyla Dinc og Ayise Karadag
År	2014
Land	Tyrkia
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	Effects of planned group interactions on the social adaption of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study
Hensikt	Undersøke effektene av planlagt gruppeinteraksjonsmetode på den sosiale tilpasningen for mennesker med en intestinal stomi.
Metode / Instrument	Denne artikkelen tok for seg den kvantitative delen av en større studie. Det ble brukt et kvasi eksperimentell design. Et hensiktsmessig antall deltakere ble rekruttert basert på inklusjonskriteriene: måtte hatt stomi i minst 3 mnd, midlertidig eller permanent kolostomi eller ileostomi, gikk til årlig kontroll etter operasjonen, 18 år eller mer, innenfor Ankara-regionen og de hadde gitt sitt samtykke. De ble delt i to grupper, en eksperimentell gruppe og en kontrollgruppe. Den eksperimentelle gruppa deltok i planlagt gruppeundervisning i seks uker, med ukentlige møter. Kontrollgruppa mottok vanlig rutineoppfølging. Et gruppeundervisningsprogram ble utviklet for mennesker med stomi. Det var mellom 7-10 deltakere per gruppe. Det ble brukt to ulike spørreskjema for å kartlegge psykososial innstilling (Ostomy Adjustment Inventory) og psykososial tilpasning til sykdom (Psychosocial Adjustment to Illness Scale). Gyldigheten og påliteligheten ble testet. De besvarte spørreskjemaene tre ganger i løpet av testperioden; før første møte, etter seks uker og i løpet av den første mnd. etter at gruppeundervisning var avsluttet. Kontrollgruppa fulgte samme rekkefølge. Til databehandling og analyse ble det brukt SPSS versjon 11.5.
Deltagere / Frafall	30 i hver gruppe, men 7 pasienter fra den eksperimentelle gruppa trakk seg på grunn av helseproblemer og tre fra kontrollgruppa fullførte ikke datasamlingsprosessen. Det ble da 23 deltakere i den eksperimentelle gruppa og 27 deltakere i kontrollgruppa. Deltakerne ble tildelt gruppe etter ønske og mulighet til å være med i gruppeundervisning.
Hovedfunn	Eksperimentgruppas gjennomsnittsmålinger av stomitilpasning (OAI) økte sammenlignet med kontrollgruppas gjennomsnittsmålinger som ikke hadde noen forandringer. Eksperimentgruppas og kontrollgruppas gjennomsnittsverdi på psykososial tilpasning (PAIS-SR) forandret seg etterhvert og viste en tendens til tilpasning. Dette indikerer at planlagt gruppeundervisning om sosial tilpasning har effekt. Planlagt profesjonell støtte kan sikre tilpasning for individer med stomi. Basert på hva de observerte mener de at kjønnsbasert opplæring og tilpasning kan være bra. Studien viste at tilrettelagt planlagt gruppeundervisning tilrettela for sosial tilpasning for mennesker med stomi.
Etisk vurdering	Etisk godkjent fra den etiske komiteen av Hacettepe University og GHURIC Chief Physician's Office. Deltakerne ble kontaktet via telefon, informert om undersøkelsen og spurt om de ville delta. Deltakerne i eksperimentgruppa skrev under på samtykkeskjema.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	7

Artikkel nummer	3
Forfattere	Grant, Marcia, Carmit K. McMullen, Andrea Altschuler, Jane Mohler, Mark C. Hornbrook, Lisa J. Herrington, Christopher S. Wendel, Carol M. Baldwin og Robert S. Krouse
År	2011
Land	USA
Tidsskrift	Oncology Nursing Forum
Tittel	Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomies
Hensikt	Beskrive hvordan kjønn kan forme bekymringer og tilpasninger for pasienter med langt kommet kolorektal kreft.
Metode / Instrument	Fokusgruppeintervju av deltakere som har svart på en større undersøkelse om livskvalitet for mennesker med kolorektal kreft. Gruppene ble delt inn i kjønn og høy eller lav livskvalitet. Det ble til sammen dannet åtte fokusgrupper. Intervju med en diskusjonsguide med åpne spørsmål ble brukt for å dekke alle emnene. Fokusintervjuene ble tatt opp og oversatt. Opptakene ble transkribert for kvalitativ analyse og navn ble erstattet med ID-nummer. Opptakene ble analysert med HyperRESEARCH og en innholdsanalyse ble gjort basert på The City of Hope fire-dimensjonale rammeverk som inkluderer fysisk, psykisk, sosial og åndelig velvære. Det ble gjort en direkte innholdsanalyse. To kliniske forskere som er trent på kvalitativ analyse så over transkriptene, to andre fullførte en siste validering.
Deltagere / Frafall	33 deltakere over 18 år med stomi og har/hatt kolorektal kreft i over fem år. Valgt ut fra 282 deltakere som deltok i en kvantitativ undersøkelse om livskvalitet og kolorektal kreft. De rekrutterte deltakere med høyest livskvalitet og med lavest livskvalitet. Grunner til at flere ikke ville/kunne delta var flere andre sykdommer, lang avstand og noen glemte å møte opp. De var flere deltakere i gruppene med høy livskvalitet.
Hovedfunn	<p>Fire dimensjoner ble dekt og alle emnene ble snakket om i hver gruppe.</p> <p>Fysisk velvære: diskutert mange emner i alle gruppene. Spesielt mat som påvirker stomien negativt (lukt, luftavgang, lekkasje), gass og lukt, fysiske begrensninger, søvnvansker relatert til poselekkasje.</p> <p>Psykisk velvære: håndtering og tilpasning av stomi, hvordan de lærte å stille stomien, bruk av humor, kroppsbilde og depresjon (kun diskutert i kvinnegruppene), følelse av uforutsigbarhet tap av kontroll.</p> <p>Sosialt velvære: endret klesstil for å skjule eller ikke presse på posen, seksualitet- og intimplematikk, problem med reising, viktig med støtte fra venner, familie og ektefelle.</p> <p>Åndelig velvære: Minst diskutert, men alle gruppene tok opp motstandsdyktighet og indre styrke som viktig etter operasjon.</p> <p>Undervisning og informasjon er viktig. Deltakerne uttrykte positivitet rundt det å dele erfaringer med mennesker i samme situasjon. Gruppesamtaler for å spre kunnskap og støtte. Analysen viser at innholdet kan brukes til å designe undervisende og støttende intervensjoner for å hjelpe pasienter med stomi tidlig i den postoperative fasen, men også til pasienter med langt kommende sykdom.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Kaiser Permanente Northwest and Northern California review boards.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	5

Artikkel nummer	4
Forfattere	Thorpe, Gabrielle, Margaret McArthur og Barbara Richardson
År	2013
Land	England
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Tittel	Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative study
Hensikt	Å undersøke pasienters erfaringer av å leve med stomi med hensikt å informere helsepersonell om hvordan en kan tilnærme seg denne pasientgruppen.
Metode / Instrument	Et eksistensielt fenomenologisk forskningsdesign ble brukt. Data ble samlet ved å utføre en-til-en intervju tre, ni og femten måneder etter stomioperasjonen. Intervjueren har omfattende erfaringer med pleie til stomipasienter og kvalitativ forskningsmetode. Alle intervjuene ble holdt hjemme hos pasientene, med en varighet på 35-90 minutt. Åpne og utforskende spørsmål ble stilt for å få erfaringer som kanskje ikke tidligere har blitt identifisert. 41 transkripsjoner ble generert og analysert. Analysen av data bestod av fem deler som ble prosessert av Merleau Pontys filosofiske diskusjon rundt det eksistensielle.
Deltagere / Frafall	Pasienter som inntraff studiens inklusjonskriterier ble målrettet rekruttert fra en sykepleier. Ti sykepleiere som var involvert i pleie av pasienter med stomi ble også rekruttert for å kontekstualisere deltakernes data. 12 deltakere deltok i studiet, to av disse fullførte ikke alle delene, en av disse skulle operere inn igjen stomien før studiets slutt mens den andre falt av.
Hovedfunn	Det ble identifisert tre hovedtema med undertema. Funnene tok for seg relasjoner med helsepersonell hvor flere følte inadekvat støtte postoperativt. Viktigheten av god kvalitet på pleien de fikk var sentralt. Kontroll over behandling og pleie ble også tatt opp, mange følte tap av kontroll og inadekvat informasjon og veiledning i forhold til håndtering til stomien. Mange følte seg etterlatt til seg selv etter utskrivelse, og følte seg ikke informert nok til å kunne håndtere stomien på egenhånd. Mangel på forståelse om sykdom og diagnose gjorde det vanskeligere for pasientene å akseptere den nye stomien. At sykepleier viste støtte og kom med oppmuntrende tilbakemeldinger styrket pasientene selvfølelse og selvtillit. Mange følte trygghet i å vite at de alltid hadde en sykepleier tilgjengelig per telefon etter utskrivelse.
Etisk vurdering	Studien godkjent av The local Research Governance and Ethics Committees. Pasientene fikk skriftlig og verbal informasjon om konfidensialitet og anonymitet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	10

Artikkel nummer	5
Forfattere År Land Tidsskrift	Danielsen, Anne Kjaergard, Erik Elgaard Soerensen, Kirsten Burcharth og Jacob Rosenberg 2013 Danmark Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing
Tittel	Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy – impact on everyday life and educational needs
Hensikt	Hensikten med studiet var å undersøke hvordan permanent stomi påvirker pasientens hverdag og kartlegge behovet for mer kunnskap om stomi.
Metode / Instrument	Fokusgruppeintervju hvor det ble brukt fenomenologiske og hermeneutiske teknikker for å finne sentrale elementer av pasientens opplevelse. En intervjuguide ble laget basert på litteratur og artikkelsøk, og en diskusjonsguide med åpne spørsmål. Data ble samlet i løpet av en periode på 2 mnd. i 2010. Intervjuene ble tatt opp og transkribert. Transkripsjoner ble analysert og lest over. Intervjuene ble holdt av en erfaren intervjuer og en observatør. Data ble analysert ved hjelp av en kvalitativ analyse.
Deltagere / Frafall	Studiet startet med 20 deltakere, hvor 5 droppet ut. 15 deltakere ble delt inn i to grupper hvor ene gruppa hadde fått permanent stomi grunnet kreft og den andre grunnet annen kronisk sykdom. 8 var kvinner og 7 var menn, 9 av disse ble kolostomioperert.
Hovedfunn	To hovedtema ble funnet. 1. Være annerledes og 2. Opplæring/trening i å leve med stomi. Pasientene opplevde seg stigmatisert, redd for å avsløre stomien og en trang for kontroll. Begrensninger i dagliglivet. Følte seg brydd når stomien lagde lyd og lukt. Unngikk å gå i klær som avslørte stomien. Pasientene opplevde vanskeligheter med å identifisere sitt nye liv i forhold til sitt gamle. Kontakt med gamle venner var positivt. De ønsket å bli sett på som en hel person, og ha nær kontakt med helsevesenet hvor man kan få tillitsfull informasjon om å leve et liv med stomi. Variert og lite kunnskap om stomi blant helsepersonell var et problem. Timing for informasjon og opplæring var viktig. Opplæring på sykehuset traff ikke alle sine behov og ulike metoder for opplæring ble oppfattet som viktig.
Etisk vurdering	Studiet fikk etisk godkjenning fra den etiske komité i København og Helsinkideklarasjonen.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	6

Artikkel nummer	6
Forfattere År Land Tidsskrift	McKenna, Linda. S, Elizabeth Taggart, Joyce Stoelting, Geri Kirkbride og Gordon B. Forbes 2016 USA Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing
Tittel	The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life
Hensikt	Å sammenlikne helserelatert livskvalitet hos pasienter som mottok preoperativ stomimarkering av en stomisykepleier versus pasienter som ikke mottok preoperativ stomimarkering.
Metode / Instrument	Studien har brukt et kvasi-eksperimentelt, ikke-randomisert kohort design. Ulike data ble samlet for dette studiet inkludert demografisk informasjon, om det foreligger andre sykdomstilstander og funksjonelle livsstilsfaktorer. Livskvaliteten ble målt ved å bruke Stoma Quality of Life spørreskjema. Ytterlige data ble hentet 72 timer og åtte uker etter utskrivelse hvor første intervjuet var et en-mot-en intervju fra sykepleiere hjemme hos pasientene og det andre via. telefon. Sykepleierne fulgte et transkribert skjema for å plukke opp funksjonelle livsstilsfaktorer samt bruk av Stoma Quality of Life spørreskjema for andre gang. Dataene ble sammenliknet og analysert mellom de to gruppene.
Deltagere / Frafall	Målgruppen var pasienter som skulle få stomi gjennom en 18 måneders periode som innfridde inklusjonskriteriene. 59 deltakere deltok hvor 35 ble stomimarkert og 24 ble ikke stomimarkert før operasjon. Det er ikke redegjort for frafall i studien.
Hovedfunn	Det ble identifisert en statistisk signifikant forskjell på livskvalitet mellom pasientene som ble stomimarkert og de som ikke ble stomimarkert. Dette støtter opp tidligere bevis på at preoperativ stomimarkering forsterker den postoperative livskvaliteten hos pasienter.
Etisk vurdering	Studiet er godkjent av Springfield Committee for Research Involving Human Subjects.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	10

Artikkel nummer	7
Forfattere År Land Tidsskrift	Lim, Siew Hoon ,Sally Wai Chi og Hong-Gu He 2014 Singapore Cancer nursing
Tittel	Patients Experiences of Performing Self-care of Stomas in the Initial Postoperative Period
Hensikt	Hensikten med studiet var å undersøke pasientenes erfaringer med håndtere og stelle stomien selv i den begynnende postoperative fasen.
Metode / Instrument	Studiet har brukt et beskrivende kvalitativt design. Semistrukturerte intervju ble utført på 12 pasienter 1 mnd. postoperativt.
Deltagere / Frafall	Studiet startet med 16 deltakere som var innlagt for elektiv kolorektal kirurgi og bestod inklusjonskriteriene. Inklusjonskriterier var at de har gjennomgått elektiv kolorektal reseksjon og fått stomi, at de kunne snakke og skrive engelsk eller mandarin og 21 år eller eldre. 4 ble ekskludert fra studien; tre trakk seg og en fikk postoperative komplikasjoner. Sju menn og fem kvinner, seks av disse ble kolostomioperert og seks ileostomioperert. 12 deltakere var inkludert til slutt.
Hovedfunn	Fem tema ble identifisert: 1. Aksepteringsprosess og mestring av stomien: overveldet av informasjon etter operasjon, utilstrekkelig informasjon før operasjon. Uforberedt på selvpleie etter utskrivning, det tok 2-4 uker å tilpasse seg stomien. 2. Fysiske utfordringer: ADL ble begrenset, gjorde mindre aktiviteter enn de gjorde før, dårlig søvnkvalitet. 3. Psykiske reaksjoner: frustrasjon over å ha stomi, ukomfortabelt, isolasjon, følelse av hjelpsløshet, redd for å være en byrde for familien, noen var traumatiserte og redd for stomien og for å gjøre feil. 4. Sosial støtte: støtte fra partner og barn var viktig, at pårørende lærte om stomien på sykehuset. 5. Viktigheten av tilstrekkelig forberedelse og undervisning: behov for tilstrekkelig og tidsriktig undervisning. Deltakerne opplevde det mer som en selvopdagelse når de kom hjem. Anbefalinger: få utdelt brosjyrer og hefter, oppfølgingstime eller oppfølgingssamtale per telefon.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble oppnådd fra den etiske komité fra sykehuset. Hovedansvarlig for undersøkelsen kontaktet avdelingssykepleier og fikk godkjenning for å intervjuere deres pasienter. Alle deltakerne deltok frivillig og fikk både verbal og skriftlig info om studiet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	5

Artikkel nummer	8
Forfattere	Sun, Virginia, Marcia Grant, Carmit K. McMullen, Andrea Altschuler, M. Jane Mohler, Mark C Hornbrook, Lisa J. Herrinton og Robert S. Krouse
År	2014
Land	USA
Tidsskrift	Supportive care in cancer
Tittel	From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies
Hensikt	Å beskrive erfaringer fra helsevesenet hos pasienter som har overlevd colorektal cancer (>5 år) og som har stomi.
Metode / Instrument	Dette studiet er en del av et større kvantitativt studie som hadde som hensikt å beskrive helserelatert livskvalitet til 282 pasienter som har overlevd colorektal cancer med stomi. I hovedstudien ble det dannet 8 fokus grupper. Denne studien tar for seg pasientenes erfaringer av helsevesenet i en av fokusgruppene som gir denne artikkelen et kvalitativt forskningsdesign. Det ble dannet fokusgrupper etter en spørreundersøkelse som kartla helserelatert livskvalitet og ble fordelt etter kjønn og livskvalitetscore. Fokusgruppen varte i ca. to timer og ble tatt opp på lydband og transkribert, en gruppetilrettelegger brukte ledetekster for å lede temaene til en viss grad. Dataene ble analysert hvor det ble identifisert ulike kategorier og temaer. Disse ble validert av en annen gruppe etterforskere.
Deltagere / Frafall	33 deltakere deltok i en av de åtte fokusgruppene. Deltakerne ble invitert til studiet via mail og ble integrert fra ulike helseorganisasjoner i USA som de var medlem av. Det er ikke redegjort om frafall.
Hovedfunn	Fire hovedtema ble identifisert etter fokusgruppesamtalen. Den første omhandlet tiden de fikk diagnosen, tydelige hendelser fra denne dagen kom fram og tyder på at selv etter så mange år lever fortsatt minnene fra denne dagen. Neste funn var behandlingsprosessen, hvor pasientene følte de ikke hadde tid til å miste med tanke på å starte best mulig behandling så fort som mulig, disse dagene ble beskrevet som intense. Tredje funn omhandlet deres første opplevelse med en ny stomi, følelse og tankene rundt dette. Både negative og positive erfaringer med helsepersonell kom fram, samt deres egne fysiske og psykososiale utfordringer. Det siste funnet omhandlet det å motta støtte gjennom støttegrupper.
Etisk vurdering	Studiet fikk godkjenning fra universitet av Arizona og Kaiser Permanente Northwest og Northern California Institutional etiske komité. Skriftlig og verbal informasjon ble utdelt om anonymitet og konfidensialitet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Pro Quest
Søk	2

Artikkel nummer	9
Forfattere År Land Tidsskrift	Millan, Monica, Montse Tegido, Sebastiano Biondo og Eduardo Garcia-Granero 2010 Spania Colorectal disease
Tittel	Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units
Hensikt	Undersøke omsorgen pasienter med kolorektal kreft og stomi mottok på Spanske kolorektale kirurgiske enheter, for å vurdere kvaliteten og oppdage områder som kan forbedres
Metode / Instrument	En prospektiv deskriptiv studie ble gjennomført i 12 kolorektale kirurgiske enheter. To spørreskjema ble sendt for kirurg og stomiterapeut skulle fylle ut. Stomiterapeut rekrutterte pasienter med kolorektal kreft som har operert og fått stomi fortløpende i perioden mellom september 2007 og april 2008 ved det første postoperative besøket til pasientene. Komplikasjoner og evaluering ble kartlagt ved de første besøkene etter operasjonen av stomiterapeut. Pasientene kom også inn tre mnd. postoperativt for å kartlegge mer langsiktige komplikasjoner. Pasientene svarte på et spørreskjema om stomien, operasjonen, diagnosen og om de var bekymret over diagnosen, stomien og operasjonen. De ble svart på en skala fra 1 = ikke bekymret til 5 = veldig bekymret. Kirurgene samlet data om tumor, type kirurgi og per- og postoperative komplikasjoner. Etter all datasamling ble deltakerne delt i to grupper. Gruppe 1: pasienter med elektiv kirurgi med preoperativ samtale og stomimarkering og Gruppe 2: pasienter uten preoperativ samtale og stomimarkering, både elektive og akutt. Til databehandling og analyse ble det brukt SPSS versjon 13.0.
Deltagere / Frafall	270 deltakere var med i studien. Inkluderte alle over 18 år med en diagnose med kolorektal kreft og må gjennomføre stomioperasjon. Pasienter som var stomimarkert før operasjon og de som ikke var det ble inkludert i studien. 66 pasienter med akutt operasjon uten stomimarkering og preoperativ informasjon, 204 elektive pasienter, 123 (45,6%) fikk preoperativ informasjon av stomiterapeut, 58,8% fikk stomimarkering.
Hovedfunn	75% hadde elektiv operasjon og 25% måtte akuttopereres. Stomiterapeutene stomimarkerte 45,6% pasienter, ingen som måtte akuttoperere fikk stomimarkering og 58,8% av de elektive pasientene fikk stomimarkering. Pasienter som hadde hatt preoperativ samtale hadde lavere forekomst av stomikomplikasjoner og bekymring, sammenlignet med som ikke fikk preoperativ informasjon. Tidlig hudirritasjon oppstod i 36,4% av tilfellene det måtte gjennomføres akuttoperasjon sammenlignet med 8,2% av de som hadde elektiv operasjon. Dermatitt oppstod i 24,2% av tilfellene det måtte gjennomføres akuttoperasjon sammenlignet med 10,3% av de som hadde elektiv operasjon. 79% sa de var interessert i å få videre informasjon og informasjon i valg av utstyr. Studien viser lav forekomst av informasjon til pasienter som skal få stomi, til og med før de elektive operasjonene.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av den Etiske Komiteen av Bellvitge University Hospital. Alle deltakerne signerte et informert samtykkeskjema.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	8

Artikkel nummer	10
Forfattere År Land Tidsskrift	Zhang, Jun-E, Frances KY Wong, Li M You og Mei C Zheng 2011 Kina Journal of Clinical Nursing
Tittel	A qualitative study exploring the nurse telephone follow-up of patients returning home with a colostomy
Hensikt	Å utforske og beskrive innholdet i telefonoppfølgingsamtaler utført av en spesialsykepleier hos pasienter som er utskrevet til hjemmet med en ny stomi.
Metode / Instrument	En beskrivende kvalitativ forskningsmetode ble brukt. Dette studiet er en del av et større RCT-studie som har testet effekten av telefonoppfølgingen fra sykepleiere. 12 deltakere ble tilfeldig plukket ut av studiet. Samtalene ble tatt opp i RCT-studiet og brukt til analyse i denne studien. Totalt 25 intervju ble utført via strukturerte telefonsamtaler fra spesialsykepleier, ca. to samtaler til hver deltaker med ca. en ukes mellomrom. Innholdet i samtalen ble guidet av en protokoll som ble utviklet og validert i RCT-studiet. Samtalene ble tatt opp på lydbånd og analysert ved å bruke en kvalitativ innholdsanalyse.
Deltagere / Frafall	Pasienter som møtte studiens inklusjonskriterier var invitert til å delta. Samtale nr. 2 for tre av pasientene ble ikke tatt opp på lydbånd på grunn av tekniske problem eller fordi det ble glemt. Artikkelen har ikke gjort rede om frafall.
Hovedfunn	Det ble identifisert fem forskjellige temaer. Tema 1 beskrev pasientenes behov for veiledning av stomistell, samt psykososiale tilpasninger i forhold til stomien. Tema 2 beskrev pasientenes behov for en tilgjengelig spesialsykepleier og kontakt med andre mennesker med stomi. Pasientene følte trygghet i at sykepleier alltid var tilgjengelig på telefon, hvor de kunne få vurderinger og informasjon. Å ha kontakt med andre mennesker i samme situasjon var ofte mer verdifullt enn å kontakte helsepersonell. Tema 3 tok for seg viktigheten av oppmuntring fra sykepleier til å utføre egenpleie av stomien. Tema 4 beskrev pasientenes behov for å gjenopprette et "normalt" liv både på personlig og sosialt nivå ved hjelp av hverdagslige råd fra sykepleier. Tema 5 tok for seg generelle postoperative problemer og komplikasjoner som bekymret pasientene.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av universitetets etiske komité. Alle deltakere fikk både skriftlig og verbal informasjon om hensikten til studiet, konfidensialitet og at det er frivillig deltakelse. De ble beroliget om at dette ikke gikk utover deres behandling og at de kunne trekke seg når som helst. All sensitiv informasjon ble beskyttet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	5

Artikkel nummer	11
Forfattere År Land Tidsskrift	Coca, Cristina, Ignacio Fernández de Larrinoa, Raquel Serrano og Helena Garcia-Llana 2015 Spania Journal of Wound, Ostomy and Continence nursing
Tittel	The Impact of Specialty Practice Nursing Care on Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies
Hensikt	Å sammenlikne helserelatert livskvalitet i en gruppe pasienter som mottok pleie fra stomisykepleiere versus en gruppe pasienter som mottok pleie fra sykepleiere uten spesialutdanning.
Metode / Instrument	Det ble brukt et kvasi-eksperimentelt kohort studiedesign. Preoperative data ble innsamlet og foretok seg demografisk informasjon og stomitype. I tillegg gjennomførte pasientene to spørreundersøkelser og en visuell analog skala for å kartlegge helserelatert livskvalitet både før og tre måneder etter operasjon. 297 etterforskere samlet data fra 160 sykehus i Spania. Dataene ble analysert og det ble evaluert gruppeforskjeller av kvantitative variabler.
Deltagere / Frafall	Målgruppen var pasienter som gjennomgikk en stomioperasjon gjennom en femten måneders periode som inntraff inklusjons- og eksklusjonskriteriene. 2200 spørreskjema ble sendt til aktuelle deltakere, 900 svar ble returnert men 506 av disse ble ekskludert av ulike grunner blant annet ufullstendige svar. 402 stk. ble til slutt inkludert i studien.
Hovedfunn	Pasienter som mottok pleie fra stomisykepleiere rapporterte en generell høyre livskvalitet i denne tremånedersperioden i motsetning til de som mottok pleie fra sykepleiere uten spesialutdanning.
Etisk vurdering	Studiet ble godkjent av tjue forskjellige etiske komiteer som gjorde det mulig å samle deltakere fra 160 forskjellige sykehus i Spania. Det ble gitt skriftlig og verbal informasjon om anonymitet, mulighet for å trekke seg og konfidensialitet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 i følge Norsk vitenskapelig datatjeneste.
Database	Ovid Medline
Søk	10