



UNIVERSITETET I AGDER

Sykepleie og stomi

Hvilke utfordringer møter sykepleier i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse?

Camilla Tjessem

Veileder:

Lisbet Falkenberg

Antall ord: 10933

Bacheloroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntar ansvar for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2015

Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Avgrensning.....	1
1.3 Problemstilling.....	1
1.4 Hensikten med oppgaven	2
1.5 Forforståelse.....	2
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	3
2.1 Hva er stomi?.....	3
2.2 Stomiutfordringer.....	4
2.3 Oppfølging etter utskrivelse	4
2.4 Sykepleie.....	5
2.5 Benner og Wrubels omsorgsteori	5
2.5.1 Omsorg, stress og mestring.....	6
3.0 AKTUELL FORSKNING OG LITTERATUR.....	7
3.1 Tidligere forskning	7
3.2 Kildekritikk	9
4.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE.....	10
4.1 Vitenskapsteori	10
4.2 Metode	11
4.3 Kvalitativ intervju som metode	12
4.3.1 Gjennomføring av intervjuene	12
4.3.2 Gjennomføring av transkribering og analyse.....	13
4.4 Gyldighet og pålitelighet	14
4.5 Forskningsetiske overveielser	15
5.0 HVILKE UTFORDRINGER MØTER SYKEPLEIER I FORBINDELSE MED NYOPERERTE STOMIPASIENTER ETTER UTSKRIVELSE?	16
5.1 Funn.....	16
5.2 Sykepleierens utfordring med pasienter som har lekkasje og sår hud.....	16
5.3 Sykepleierens utfordring med å oppnå trygghet og mestring hos pasienten.....	21
5.4 Sykepleierens utfordring med helsepersonell som har mangelfull kompetanse om stomi	25
6.0 AVSLUTNING	30
7.0 LITTERATURLISTE	32

VEDLEGG 1 - Intervjuguide til prøveintervju	I
VEDLEGG 2- Intervjuguide	II
VEDLEGG 3 - Forespørsel og informasjonsskriv.....	III
VEDLEGG 4 – Samtykkeskjema 1	IV
VEDLEGG 5- Samtykkeskjema 2.....	V
VEDLEGG 6 – Samtykkeskjema 3	VI
VEDLEGG 7- Søknadskjema 1.....	VII
VEDLEGG 8 – Søknadskjema 2	VIII
VEDLEGG 9 - Tabell 1. Søkehistorikk	IX

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Denne bacheloroppgaven tar for seg temaet sykepleie og stomi. Oppgaven har et sykepleierfaglig fokus, hvor jeg fordypet meg i utfordringer sykepleieren møter i forbindelse med nyopererte stomipasienter. Stomioperasjon kan oppleves som skremmende, samt true pasientens personlighetsutvikling, identitet og selvbylde (Nilsen, 2011, s. 107-108). For å kunne mestre livet med stomi har pasienten behov for informasjon og kunnskaper om livssituasjonen (Nilsen, 2011, s. 103). På bakgrunn av dette kan man si at sykepleieren har en sentral og viktig rolle i møte med nyopererte stomipasienter.

Med min bakgrunn som stomioperert vet jeg at livet med stomi fører med seg utfordringer. Jeg ble stomioperert som nyfødt, med dette har jeg lite kunnskaper om utfordringer tilknyttet voksne nyopererte pasienter. Dermed ønsker jeg å få en dypere forståelse på feltet. I min sykepleiepraksis har jeg erfart noen av utfordringene sykepleier står overfor ved sykepleie til stomipasienter. Min erfaring er at sykepleierens tilnærming og kunnskap innen feltet er viktig for å kunne gi god helhetlig sykepleie til denne pasientgruppen.

1.2 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven slik at den omhandler voksne nyopererte stomipasienter etter fylt 18 år. Den tar for seg utfordringer sykepleiere møter den første perioden etter stomioperasjon, og omhandler sykepleie som gis i etterkant av utskrivelse fra sykehus. Videre avgrenser jeg oppgaven til stomi som følge av tarmoperasjon, henholdsvis colo- og ileostomi.

1.3 Problemstilling

For å få et klart sykepleierfaglig fokus på oppgaven har jeg valgt følgende problemstilling: "Hvilke utfordringer møter sykepleier i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse?".

1.4 Hensikten med oppgaven

Oppgavens hensikt er å få finne ut hvilke utfordringer sykepleiere møter i forbindelse med nyopererte stomipasienter. Det er også ønskelig å innhente informasjon om hvordan sykepleiere velger å løse disse utfordringene. Søkeprosessen har gitt meg oppfattelsen at det er lite forskning knyttet spesifikt til sykepleierens utfordring i forbindelse med stomi. Derimot fokuserer litteratur og forskning mer på pasientens utfordringer. Kunnskapen jeg tilegner meg gjennom intervju som metode, forskning og litteratur, kan derfor bidra til å få mer kunnskaper om det sykepleiefaglige fokuset i forbindelse med min problemstilling.

1.5 Forforståelse

Før jeg begynte med forskningen på feltet gjorde jeg meg opp en oppfatning av hvilke funn jeg kunne forvente meg. Klarer man å være bevisst på sin egen forforståelse, kan det bli lettere å skille den fra den nye forståelsen vi etter hvert får (Dalland, 2012, 121). Gjennom min sykepleiepraksis har jeg erfart noen av utfordringer sykepleieren kan møte i forbindelse med pasientgruppen. Jeg har med dette dannet meg egen forståelse på feltet. Jeg er selv stomioperert, slik at min forståelse og subjektive oppfatning på feltet må ses i sammenheng med dette. Her vil jeg igjen understreke at jeg ble stomioperert som nyfødt, og kan dermed ikke helt relatere meg til utfordringer tilknyttet voksne nyopererte stomipasienter. Det kan både være styrker og svakheter med å ha kjennskap til feltet. Styrken kan være at man lettere får tak i informasjon om feltet. Svakheten kan være vansker med å holde nødvendig kritisk avstand til det man studerer (Jacobsen, 2010, s. 22). Jeg er klar over at min forforståelse er tilstede. Det er viktig for meg å se på funn fra intervjuene, forskning og litteratur på en så objektiv måte som mulig.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Hva er stomi?

Stomi er et gresk ord som betyr åpning eller munn, og er en kunstig kroppsåpning på buken hvor tarmen legges ut. Stomioperasjon kan være en midlertidig eller permanent løsning (Persson, 2008, s. 59). Stomi har en ikke-viljestyrt muskulatur, og dermed har en stomioperert ingen kontroll over tømning av verken avføring, tarmgass eller urin. Tarmen blir ledet ut noen centimeter gjennom en åpning i huden, vrenses og sys fast i huden (Nilsen, 2011, s. 103-104). Rundt stomien festes det en stomiplate og en stomipose for oppbevaring av avføring og urin. Det finnes også hjelpemidler som for eksempel teningspasta og tetningsringer som kan være nyttig til bruk i stomistellet (Nilsen, 2011, s. 120).

Årsaker til stomioperasjon kan blant annet være kreft, Morbus Chron, ulcerøs kolitt, medfødte misdannelser, skader eller ulykker (Porrett & McGrath, 2005, s. 33). Det finnes tre hovedtyper stomi: colo-, ileo- og urostomi (Porrett & McGrath, 2005, s. 18). Det er organnavnet foran ordet stomi som beskriver hvor åpningen i kroppen er laget (Nilsen, 2011, s. 103). Jeg vil ta for meg colo- og ileostomi da det er disse som er relevant for oppgaven.

Colostomi er utlagt tykktarm. Den konstrueres som en kort stomi 1-2 centimeter over huden. En colostomi har liten innvirkning på næringsopptaket, fordi næringsstoffene tas opp i tynntarmens øvre del. Tykktarmen vil fungere som før og dermed vil avføringen være fast. Dette fører til liten risiko for at tarminnholdet vil komme under platen (Nilsen, 2011, s. 105-106).

Ileostomi er utlagt tynntarm. Ved anleggelse av ileostomi er tykktarmen vanligvis fjernet. Siden tykktarmen har en viktig funksjon for væskeopptaket, vil væske- og elektrolyttopptaket være redusert ved ileostomi. Derfor vil tarminnholdet til ileostomi ha tyntflytende eller grøtete konsistens. Ileostomi konstrueres 3-4 centimeter over hudoverflaten. Dette gjøres fordi den tynne avføringen som inneholder fordøyelsesenzymer kan føre lettere til hudirritasjon og lekkasje (Nilsen, 2011, s. 104).

2.2 Stomiutfordringer

Stomirelaterte utfordringer kan forekomme både tidlig og sent etter stomioperasjonen. Utfordringene kan ha store konsekvenser for pasienten i form av blant annet hudproblemer, tilpasning av stomiutstyr, funksjonsproblemer og smerter. Som et resultat av dette påvirkes pasientens livsutfoldelse og mestring i forhold til den nye livssituasjonen (Persson, 2008, s. 83).

Hyppig bytting av stomiplate og lekkasje kan være faktorer som fører til hudslitasje, sår, irritasjon av huden og allergi. Lekkasje av tarminnhold eller urin er den vanligste årsaken til at det forekommer sår hud. Sår og væskende hud kan medføre at stomiplaten sitter dårligere på huden. Dette kan igjen føre til ytterligere irritert hud og sår. Andre faktorer som kan føre til lekkasje og sår hud er kort stomi, stråleskader og svette (Nilsen, 2011, s. 128). Noen pasienter kan blant annet ha problemer med at det forekommer sopp, vortelignende utvekster, betennelse av hårfloker, brokk og stomiprolaps (Nilsen, 2011, s.129-131).

For pasienten kan en stomioperasjon oppleves som skremmende, frustrerende og bringe med seg usikkerhet. Etter stomioperasjonen mister man kontrollen over urin og avføring. Denne kontrollen lærer man seg i barneårene og derfor vil mange pasienter oppleve det ydmykende når denne funksjonen mistes. Dermed vil mange kunne føle at voksenidentiteten trues (Nilsen, 2011, s. 108). Andre utfordringer kan være blant annet at pasienten opplever tapsfølelse, endret selvbilde, føle seg mindre attraktiv, nedsatt livskvalitet, redsel for lekkasje, lukt og lyd fra stomien (Nilsen, 2011, s 108-109).

2.3 Oppfølging etter utskrivelse

På sykehuset er det sykepleierens ansvar å veilede, samt hjelpe pasienten med opplæring og håndtering av stomiutstyr (Nilsen, 2011, s. 116-117). Liggetiden på sykehuset er kort, og dermed kan pasienten glemme mye av informasjonen som gis. Derfor bør pasienten henvises videre til for eksempel hjemmesykepleie, apotek eller bandasjistforeninger for oppfølging i etterkant av utskrivelse (Nilsen, 2011, s. 127).

2.4 Sykepleie

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertelighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7).

Rammeplan for sykepleierutdanning (2008, s. 5-6) tar for seg blant annet at sykepleier skal ha kunnskap om hva som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleier må også ha kunnskap om hvordan sykdom påvirker mennesket, og hvilken betydning sykdommen har for den enkeltes livskvalitet, håp og mestring. Gjennom teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing skal sykepleier kunne oppøve sin evne til observasjon. Med dette skal sykepleier opparbeide seg handlingskompetanse og handlingsberedskap knyttet til de grunnleggende områdene og sykepleiefunksjoner. Sykepleier har også ansvar for å undervise, informere og veilede pasient, pårørende, studenter og medarbeidere (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5-6).

Helsepersonelloven §4 (1999) tar for seg at helsepersonell skal utøve sin yrkesutøvelse med faglig forsvarlighet. Herunder sier loven at helsepersonellet skal gi omsorgsfull hjelp etter hvilke kvalifikasjoner man har. Helsepersonell må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasient videre om nødvendig (Helsepersonelloven §4, 1999).

2.5 Benner og Wrubels omsorgsteori

Benner og Wrubels omsorgsteori tar for seg forholdene mellom omsorg, stress, mestring og helse. Sykepleieren skal gi omsorg til personer som opplever stress ved helse, tap og sykdom (Benner og Wrubel, 2001, s. 14). Omsorg defineres som å bry seg om noe. Det man bryr seg om er meningsfullt for mennesket, og dette kan omhandle å bry seg om personer, prosjekter, ting eller situasjoner (Kirkevold, 1992, s. 159). Ordet omsorg kan brukes til å beskrive alt i fra kjærlighet og vennskap, til omsorg for arbeid og omsorg for pasienter (Benner og Wrubel, 2001, s. 23). Teorien tar for seg omsorg som grunnlaget for menneskelig liv og utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 1992, s. 158).

2.5.1 Omsorg, stress og mestring

Omsorg er helt nødvendig for at sykepleieren skal kunne bry seg om pasientene. Sykepleier må ha omsorg for pasienten for å kunne sette seg inn i situasjonen, og se muligheter for å kunne lindre eller helbrede (Konsmo, 1995, s. 22). Pasientenes opplevelse av egen historie, kontekst og det de bryr seg om kan avgjøre hvordan de opplever sykdommen. Det er den enkeltes opplevelse som bør være fokuset til sykepleieren (Kosmo, 1995, s. 22). Sykepleierens handlinger kan ha ulike konsekvenser ettersom den utføres med omsorg eller ikke. Med andre ord skaper et omsorgsfullt forhold en tillitsfull situasjon (Benner og Wrubel, 2001, s. 26).

Benner og Wrubel hevder dersom man står i fare for å miste det man bryr seg om på grunn av sykdom, død eller andre omstendigheter, oppleves dette som stress (Konsmo, 1995, s. 21). Mestring er det man gjør med dette tapet (Benner og Wrubel, 2001, s. 86). I følge Benner og Wrubel varierer mestringsalternativene for hva personen opplever som stressende. Derfor vil hva som oppleves som mestring variere fra person til person (Benner og Wrubel, 2001, s. 87).

Manglende tilhørighet og meningsløshet er den største trusselen mot mestring. Derfor er sykepleierens mål å hjelpe pasienten med å finne en ny mening i situasjonen (Konsmo, 1995, s. 98). En ny og ukjent situasjon kan virke skremmende og forvirrende for pasienten. Gjennom veiledning og støtte kan sykepleier få pasienten til å føle at omsorgsmiljøet er trygt, og en mestringsressurs (Benner og Wrubel, 2001, s. 422). I hvert enkelt tilfelle må sykepleier i samarbeid med pasienten finne mestringsstrategier som passer den enkelte. Videre kan sykepleierens tilstedeværelse og forståelse av pasientens situasjon bidra til mestring hos vedkommende (Kirkevold, 1992, s. 167).

3.0 AKTUELL FORSKNING OG LITTERATUR

3.1 Tidligere forskning

Søkeprosessen viser at det er lite forskning som svarer direkte på min problemstilling. Forskningen gjort på feltet er stort sett knyttet opp mot pasientens utfordringer som stomioperert. Videre tar mye av forskningen for seg sykepleie på sykehus. Derfor har jeg valgt å se mine funn fra intervjuene opp mot forskning som støtter mine innhentet data. Jeg har gjort søk i Medline og Chinal via Ebsco i tidsrommet februar-mai 2015. Funn fra intervjuene avgjorde hvilke søkeord jeg brukte. Søkeord som ble kombinert og brukt er: stoma, ostomy, colostomy, ileostomy, nurse*, knowledge, nursing, experience, perspetion, discharge, follow-up, stoma care, complications, appliance, skin, leakage. For å få oversikt over søkeprosessen har jeg satt opp søkehistorikken i en tabell (vedlegg 9). Jeg fant 7 forskningsartikler som kunne ses opp mot min problemstilling. Artiklene er fra USA, Tyrkia, Storbritannia, Brasil, Danmark, Tyskland, Slovakia, England og Tsjeckia. Artiklene har ulike vinkling, men alle tar for seg temaet i mer eller mindre grad. Artiklene er fagfellevurdert og basert på nyere forskning fra år 2007-2015.

Mota et al., (2015) bruker kvalitativ metode. Studien har intervjuet personer med stomi grunnet kreft. Forfatterne ser nærmere hvilke faktorer som må være tilstede for at pasienten skal gjenvinne egenomsorg etter stomioperasjon. Resultatene viser viktige faktorer som: forberedelse i den preoperative fasen, emosjonell stabilitet, tro og religion, følelse av normalitet, gratis stomiutstyr, støtte fra familie og helsepersonell og kontakt med andre stomipasienter. Det konkluderes med at studien kan bidra til at sykepleiere kan utvikle strategier for å hjelpe stomipasienter med å gjenoppta sin egenomsorg.

Thorpe, McArthur og Richardson (2014) bruker en kvalitativ metode. Forfatterne har intervjuet stomipasienter 3, 5 og 9 måneder etter operasjon. Helsepersonell ble også intervjuet for å gi medhjelpene data. Studien ser nærmere på den individuelle opplevelsen av å leve med stomi, og pasienters opplevelse av helsetjenesten. Resultatene viser faktorer som er viktige for at pasienten skal kunne tilvenne den nye livssituasjonen: forholdet til helsepersonell, å være forberedt på å få stomi og gjenvinne autonomi. Studien konkluderer at det er viktig at helsepersonell tilrettelegger overgangsprosessen for pasienten. Det konkluderes også med at studiets

funn kan ses opp mot andre land til tross for kulturelle forskjeller.

Cross, Roe og Wang (2014) bruker en kvantitativ metode. Det ble sendt elektroniske spørreskjema til sykepleiere, for å kartlegge deres ferdigheter og kunnskaper om stomi. Resultatene viser at sykepleiernes ferdigheter og kunnskaper var relatert til erfaring og trening innenfor stomiomsorg. Det konkluderes med at videreutdanning kan øke sykepleierens kompetanse innenfor stomiomsorg. Studien konkluderer også med at det er flere sykepleiere som ikke har kjennskap til at det jobber stomisykepleier på deres avdeling.

Salvadalena (2013) bruker kvantitativ metode. Studien omhandler pasienter som ble undersøkt for forekomst av stomikomplikasjoner etter operasjon. Resultatene viser at de fleste opplevde hudproblemer. Det konkluderes med til tross for oppfølging av helsepersonell fikk de fleste hudproblemer. Forfatteren konkluderer også med at det er viktig med videre arbeid på feltet for å kunne forebygge og behandle huden rundt stomien.

Richbourg, Thorpe og Rapp (2007) bruker kvantitativ metode. Spørreskjema ble sendt ut til stomipasienter for å kartlegge erfaringer og stomiutfordringer i etterkant av utskrivelse. Resultatene og konklusjonen viser flertallet i studiet har utfordringer med blant annet lekkasje, sår hud, lukt, depresjon og angst. Det konkluderes også med at stomipasientene ønsker hjelp og oppfølging av sykepleier, for å løse disse utfordringene

Porrett, Novakova, Schmitz, Klimekova og Aaes (2011) har utført en studie basert på spørreskjema til stomipasienter, og observasjon av stomisykepleier ved to hjemmebesøk. Målet med studien var å kartlegge forekomst av stomiutfordringer, og prøve ut et nytt stomiutstyr som eventuelt kunne minske utfordringene. Resultatene viser til at lekkasje av stomiutstyr var høyrere med hudproblemer. De konkluderer med at nytt og forbedret stomiutstyr kan minske forekomsten av stomiutfordringer.

Duruk og Ucar (2013) bruker kvantitativ metode. Forfatterne har undersøkt sykepleierens kunnskaper om stomiomsorg gjennom spørreskjema. Resultatene og konklusjonen viser til at kunnskapsnivået på feltet er utilstrekkelig, og det er flere sykepleiere som ikke anser seg selv som ansvarlig for stomiomsorg.

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å forholde seg kritisk til kilder brukt i oppgaven (Dalland, 2012, s. 73). Forskningsartiklene jeg har valgt ut er basert på primærlitteratur, nyere forskning og er fagfellevurdert. Med dette økes gyldigheten og troverdigheten av artiklene (Dalland, 2012, s. 74). Det var vanskelig å finne artikler knyttet opp mot min problemstilling, dermed kan man stille seg spørsmålet om artiklenes relevans for oppgaven. Derfor har jeg valgt artikler som kan støtte opp mot funn fra intervjuene. Artiklene jeg har funnet er på engelsk, og jeg har prøvd å oversette dem så nøye som mulig. Litteraturen jeg har brukt er pensumlitteratur og litteratur funnet i Oria. Jeg har brukt bøker med både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Eksempelvis har jeg brukt *omsorgens betydning i sygepleje* (Benner og Wrubel, 2001), og supplert med *sykepleieteorier- analyse og evaluering* (Kirkevold, 1992) og *en hatt med slør* (Konsmo, 1995) for å redegjør sykepleierteorien til Benner og Wrubel. Jeg valgte å bruke disse bøkene for å få en bedre forståelse av omsorgsteorien, og få best frem hvilket syn de har på sykepleie.

4.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE

4.1 Vitenskapsteori

Teori er forenkling av virkeligheten. Ved å fokusere på en eller flere sider ved et tema, kan man skape en ny forklaring eller forståelse på området. Gjennom teoriutviklingen danner man seg nye bilder om virkeligheten man undersøker (Aadland, 2013, s. 48). Dette kan ses opp mot min oppgave hvor jeg danner meg nye bilder, og en ny forståelse om mitt tema og problemstilling. ”En vitenskapsteori er også et forenklet mønster, eller et slags abstrakt skjema for å forstå hvordan man kan drive vitenskap” (Aadland, 2013, s. 49). Vitenskapsteori tar for seg hvilken kunnskap som er sann og gyldig, samt utvikler metoder og modeller for å utvinne slik kunnskap. Dypest sett handler vitenskapsteorien om grunnleggende spørsmål om livets tilværelse (Aadland, 2013, s. 49-50). Det er i hovedsak to vitenskapsteorier: hermeneutikk og positivisme. Fordi helsepersonell jobber med mennesket er det behov for kunnskap om hele mennesket. Derfor kan man ikke velge en vitenskapsteori fremfor den andre (Dalland, 2012, s. 51).

Positivismen har opphav fra naturvitenskap, og er forklarende kunnskap som studerer den fysiske kroppen og sykdom. Derfor er naturvitenskapelig kunnskap helt nødvendig for å kunne behandle og hjelpe mennesket som opplever sykdom. Har man ikke denne kunnskapen som helsepersonell har man heller ikke handlingskompetanse (Dalland, 2012, s. 51). Denne vitenskapsteorien tilstreber å finne sammenhengen mellom årsak og virkning. Forskeren skal være objektiv og kravene for gyldighet og pålitelighet må være overholdt. Kunnskapen skal kunne prøves empirisk og være målbare (Dalland, 2012, s. 52). Denne vitenskapsteorien bygger på at logisk fornuft og sanseerfaringer er grunnlaget for vitenskap. Målet med positivismen er å bekrefte objektiv kunnskap (Aadland, 2013, s. 168).

Hermeneutikk har sin opprinnelse fra humanvitenskap. Dette er forstående kunnskap som studerer mennesket og menneskeskapte fenomener (Dalland, 2012, s. 51). Hermeneutikken betyr fortolkningslære, og prøver å finne en mening i noe, eller forklare noe som er uklart (Dalland, 2012, s. 57). Vitenskapsteorien tilstreber å forstå andre mennesker. Som helsepersonell er det å forstå pasienten grunnleggende i enhver situasjon (Dalland, 2012, s. 51). Teorien fokuserer på hvordan man kan forstå og tolke

ens omgivelser. Den oppfatningen man oppnår kan hjelpe forstå hvordan handle i ulike situasjoner (Aadland, 2013, s. 200).

4.2 Metode

”Å være vitenskapelig er å være metodisk” (Tranøy, 1986, s. 126). Metode er et redskap vi bruker ved noe som skal undersøkes. Med andre ord hjelper metode oss å samle inn data og bearbeide informasjonen man får under forskningsprosessen (Dalland, 2012, s. 112). Forskeren skal innhente, behandle og presentere data på en åpen og systematisk måte. Dette slik at det er mulig for andre å vurdere fremgangsmåten og resultatet (Jacobsen, 2010, s. 18). Hvilke metode som egner seg for det man undersøker henger tett sammen med problemstillingen. Man må tenke igjennom hvilken metode som kan belyse spørsmålet man har valgt på best mulig måte (Jacobsen, 2010, s. 25). Det finnes to ulike måter å samle inn data på: kvalitativ og kvantitativ metode (Dalland, 2012, s. 114).

Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, og kan derfor sies å være inspirert av positivismen (Aadland, 2013, s. 165). Metoden tilstreber å forklare resultatet av undersøkelsen, samt å finne det som er felles for data som velges ut. Data skal baseres på lite opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2012, s. 113). Denne metoden har relativ lukket tilnærming fordi forskeren skal kategorisere og strukturere før det samles inn informasjon. Med dette legger forskeren sterke føringer for hvilken informasjon som blir innhentet, og hvilke data som egner seg til oppgaven (Jacobsen, 2010, s. 54). Forskeren skal se fenomenet utenfra og metoden preges av nøytralitet og avstand fra det man undersøker. Med andre ord skal datainnsamlingen skje uten direkte kontakt med feltet (Dalland, 2012, s. 113).

Kvalitativ metode gir data ved å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2012, s. 113). Denne metoden har sin opprinnelse fra hermeneutikken fordi den tilstreber å forstå fenomenet (Aadland, 2013, s. 27).

Metoden egner seg bra om man ønsker å utvikle ny kunnskap, samt å gå i dybden av et fenomen (Jacobsen, 2010, s. 25). Dette er en åpen metode hvor forskeren skal prøve å legge så lite føringer så mulig for data som samles inn. Informanten skal få uttrykke seg på sin egen måte med sine ord. Dette bidrar til at man får frem det som er forståelsen og meningen til vedkommende (Jacobsen, 2010, s. 56). Det innhentes

data fra få undersøkelsesenheter som gir mye opplysninger. Metoden tilstreber å forstå det man undersøker, samt finne det særegne med data som samles inn. Data som samles inn under prosessen skal ta sikte på å få frem sammenheng og helhet. Forskeren skal se fenomenet innefra og må anerkjenne påvirkninger og deltakelse knyttet til det man undersøker (Dalland, 2012, s. 113).

4.3 Kvalitativ intervju som metode

Jeg har valgt å bruke kvalitativ individuelle intervju som metode for å besvare min problemstilling. Bakgrunnen for valget er at jeg ønsker å gå i dybden av fenomenet, samt få mer innsikt i sykepleierens meninger og tanker rundt problemstillingen. Sykepleierens egne erfaringer på feltet vil kunne gi en dypere forståelse av den sykepleierfaglige tilnærmelsen til pasientgruppen. Med kvalitativ intervju skal man prøve å beskrive og forstå ulike temaer til informantens livsverden slik de oppfatter det (Dalland, 2012, s. 153).

Ved utvelgelse av informanter ble det gjort et strategisk utvalg. Det vil si jeg tok kontakt med sykepleiere som jeg trodde kunne ha erfaringer tilknyttet problemstillingen (Dalland, 2012, s.117). Først tok jeg kontakt med avdelingslederne for å informere om oppgaven. Deretter fikk jeg tips om hvilke sykepleiere som var best egnet for intervju. Jeg tror det kan være en styrke i oppgaven at sykepleierne som ble valgt ut ble tipset av avdelingslederne. Dette kan vise til at sykepleierne har mye kunnskap og erfaringer innenfor sykepleie og stomi. Siden kvalitativ metode tilstreber å gå i dybden av fenomenet, valgte jeg å intervju to sykepleiere som trolig kunne gi meg mye data til oppgaven. Etter samtale med avdelingslederne sendte jeg inn søknad for innhenting av data (vedlegg 7 og 8) til dem.

4.3.1 Gjennomføring av intervjuene

For å prøve ut kvaliteten på intervjuguide (vedlegg 1), lengden på intervjuet og taleopptaket valgte jeg å utføre et prøveintervju. Sykepleieren som ønsket å stille opp for prøveintervju hadde mye erfaring innenfor stomi og sykepleie. Under intervjuet kom det frem data som kunne ses opp mot min problemstilling. Jeg ser det derfor som hensiktsmessig å ta med deler av hva informanten sa i min oppgave. I etterkant av prøveintervjuet endret jeg litt på spørsmålsformuleringen på guiden, og jeg fikk ideer

om hvilke oppfølgingsspørsmål jeg kunne stille informantene. Dermed utformet jeg en revidert intervjuguide (vedlegg 2). Etter at det ble avklart at sykepleierne ville stille på intervju, sendte jeg dem et informasjonsskriv om oppgaven og samtykkeskjema (vedlegg 3,4,5,6). Jeg valgte å lage en intervjuguide i forkant av intervjuene for å ha en huskeliste over hvilke tema som skulle tas opp.

Jeg innledet intervjuene med å innhente samtykkeskjema og gjentok informasjon om studien. Herunder at intervjuene ville bli tatt opp, at data vil bli slettet etter prosjektets slutt, anonymitet, taushetsplikt og innholdet i samtykkeskjema. Jeg ville sikre meg at informasjonen som ble gitt var forstått før intervjuet begynte. Informantene fikk selv velge plass hvor intervjuet skulle gjennomføres. Det ble valgt et rom hvor vi kunne sitte uforstyrret og informantene kunne sitte behagelig. Omstendighetene rundt intervjuet kan påvirke kvaliteten på samtalen (Dalland, 2012, s. 171). Jeg opplevde en god tone og atmosfære gjennom intervjuene. Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguide på forhånd. Dette fordi jeg ønsket spontane svar fra dem. Spørsmålene fra intervjuguiden ble ikke stilt i systematisk rekkefølge. Jeg lyttet meg heller til hva som burde være det neste spørsmålet. Dette for å få mest mulig driv over samtalen. Jeg stilte både planlagte og spontane oppfølgingsspørsmål. Jeg inntok en lyttende posisjon hvor jeg var opptatt av at informantene skulle få snakke så fritt som mulig. Ettersom jeg tok intervjuene opp på bånd, fikk jeg godt tid til å skrive ned observasjoner under intervjuene. Observasjoner kan være viktig å få notert, ettersom det nonverbale kan være med å understreke eller svekke et utsagn (Dalland, 2012, s. 175). Gjennom intervjuene snakket sykepleierne engasjert og åpent om tema. De kom med spontane svar, og jeg opplevde at svarene fra dem var ærlige.

4.3.2 Gjennomføring av transkribering og analyse

Etter intervjuene ble innhentet data transkribert og analysert. Intervjuene varte i 37, 41 og 42 minutter. I første omgang skrev jeg ordrett av hva sykepleierne sa under intervjuene. Dette gjorde jeg for å prøve å danne meg oversikt og et helhetsinntrykk av innhentet data. Deretter fjernet jeg småord som mm., altså og liksom for å skape en mer leselig og forståelig tekst. Jeg var hele tiden opptatt av å ikke ta bort betydningen og innholdet av hva sykepleierne sa. Etter å ha lest igjennom transkribert tekst gjentatte ganger fikk jeg øye på hvilke tema som gikk igjen hos informantene. Jeg sorterte svarene under det aktuelle tema i et hvert enkelt dokument. Dette gjorde jeg

ved kopiere hvert svar fra det enkelte intervjuet og ”lime” det inn under det aktuelle tema. Jeg forsikret meg at alle svar som angikk tema ble tatt med i hvert enkelt dokument. Deretter plukket jeg ut hovedtema som drøftes videre i oppgaven. Under analyse av intervjuene vekslet jeg mellom å analysere deler av data og se delene i en større sammenheng. Denne form for analyse blir ofte kalt den hermeneutiske sirkel (Jacobsen, 2010, s. 125).

4.4 Gyldighet og pålitelighet

Under forskningsprosessen stilles det krav til datamaterialet som samles inn. Data skal være gyldig og relevant, samt samles inn på en pålitelig og troverdig måte (Jacobsen, 2010, s. 20). Det å stille seg kritisk til relevans og pålitelighet, omhandler at man prøver å forholde seg kritisk til kvaliteten på datamaterialet man samler inn (Jacobsen, 2010, s. 143). Gyldighet og relevans kan deles i to: intern gyldighet og ekstern gyldighet (Jacobsen, 2010, s. 20).

Intern gyldighet omhandler om man har fått tak i data som er ønskelig å få tak i. Videre handler dette om resultatene forstås riktig, og er beskrevet på riktig måte (Jacobsen, 2010, s. 143). Den interne gyldigheten forsterkes ved for eksempel om det er flere fagfolk har trukkes den samme konklusjonen (Jacobsen, 2010, s. 146). Funn fra intervjuene viser at sykepleierne har flere like synspunkter, noe som kan forsterke den interne gyldigheten. Selv om det er lite forskning på feltet samstemte noe av den nærliggende litteraturen og forskningen med hovedfunnene. Dette kan også styrke den interne gyldigheten. Det kan stilles spørsmål angående hovedfunnenes interne gyldighet. Dette fordi problemstillingen tar for seg et felt som det kan jobbes med i flere deler av helsesektoren. Derfor er det behov for mer forskning om sykepleierens utfordringer for å kunne øke den interne gyldigheten.

Ekstern gyldighet omhandler om funnene er overførbare i andre sammenhenger (Jacobsen, 2010, s. 152). Siden kvalitativ metode er tidskrevende forholdt jeg meg til 3 informanter, noe som kan svekke den eksterne gyldigheten. På den andre siden er ikke hovedmålet med kvalitativ metode å slå fast omfanget eller hyppighet av et fenomen. Formålet med metoden er heller å forstå å gå i dybden i det man undersøker (Jacobsen, 2010, s. 152). Jeg opplevde å få detaljert informasjon fra sykepleiere med

mye kompetanse på feltet. På bakgrunn av dette har jeg fått en større forståelse av fenomenet.

Pålitelighet handler om at studien er til å stole på, og gjennomført på en troverdig måte (Jacobsen, 2010, s. 21). Intervjupersonene fikk velge plass for intervju. Dermed kan det være at gjennomføring av intervjuet opplevdes som en naturlig setting for informantene. 2 av 3 intervju foregikk samme plass. Dermed fikk jeg gjennomført intervju i ulike settinger som gav samme funn. Dette kan styrke studiens pålitelighet. Videre ble intervjuene gjennomført i et rolig miljø uten forstyrrelser. På den andre siden er det vanskelig å vite hvilken kontekst som kan påvirke resultatene (Jacobsen, 2010, s. 156). En trussel mot troverdigheten av resultatene kan henge sammen med innhenting og analyse av data (Jacobsen, 2010, s. 158). Jeg brukte lydopptaker for å forsikre meg at all data informantene gav ble tatt opp. På den andre siden har jeg som student ikke erfaring med å gjennomføre forskningsintervju og analysering. Dette kan påvirke hvilke spørsmål jeg valgte i intervjuguide, og hvilke spørsmål jeg valgte å stille underveis. Jeg prøvde å analysere data på en objektiv måte, og plukke ut data som kunne belyse min problemstilling. Med lite erfaring om kvalitativ metode er det mulighet for at jeg ubevisst har tolket svarene ut ifra min egen forståelse. Dette kan være med å svekke oppgavens pålitelighet (Jacobsen, 2010, s. 158).

4.5 Forskningsetiske overveielser

Gjennom forskningsprosessen må man tenke på hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører, og hvordan disse utfordringene kan håndteres (Dalland, 2012, s. 96). Ettersom jeg bruker intervju som metode omhandler studien min andre mennesker. Derfor er det svært viktig å tenke over hvordan jeg kan ivareta informantene. På bakgrunn av dette sendte jeg på forhånd ut informasjonsskriv til informantene. Vedlagt sendte jeg også samtykkeskjema, som jeg innhentet før intervjustart. Jeg gjentok informasjon om studien muntlig, slik jeg fikk bekreftet at informantene forsto hva det innebærer for dem å delta i studien. Herunder ble det blant annet gjentatt informasjon om personvernet, min taushetsplikt og frivillig deltakelse. Dette innebærer at sykepleierne kunne når som helst i prosessen trekke seg fra å delta. Videre ble all data anonymisert, oppbevart hvor bare jeg har tilgang og vil bli slettet ved prosjekts slutt.

5.0 HVILKE UTFORDRINGER MØTER SYKEPLEIER I FORBINDELSE MED NYOPERERTE STOMIPASIENTER ETTER UTSKRIVELSE?

Under dette punktet vil jeg ta for meg funn fra intervjuene, og drøfte dem opp mot tidligere forskning og litteratur.

Jeg har intervjuet tre sykepleiere som har erfaringer innenfor feltet stomi.

Sykepleiernes erfaringer omfatter sykepleie til pasienter med ulike stomityper og årsak for operasjon. Sykepleierne sier at de møter flest pasienter med colo- og ileostomi i deres yrkesutøvelse. Jeg omtaler sykepleierne som Ola, Kari og Anne i oppgaven.

Sykepleierne har 7-11 års erfaring innenfor sykepleie og har bakgrunn fra hjemmesykepleien. Ola og Kari arbeider nå som distriktsykepleiere. Sykepleierne sier de kommer i kontakt med pasientene etter utskrivelse blant annet gjennom henvisning fra stomisykepleier, og annet helsepersonell.

5.1 Funn

Etter å ha transkribert og analysert intervjuene kom disse hovedutfordringene frem:

1. Sykepleierens utfordring med pasienter som har lekkasje og sår hud.
2. Sykepleierens utfordring med å oppnå trygghet og for mestring hos pasienten.
3. Sykepleierens utfordring med helsepersonell som har mangelfull kompetanse om stomi.

5.2 Sykepleierens utfordring med pasienter som har lekkasje og sår hud

Sykepleierne synes det er utfordrende med pasienter som har lekkasje og sår hud. Når avføring eller urin kommer under stomiplaten betegnes det som lekkasje (Porrett et al., 2011, s. 20). Sykepleierne opplever at flere nyopererte stomipasienter har problemer med lekkasje og sår hud etter utskrivelse. Forskning underbygger dette ved å påvise at på tross av oppfølging, er det mange pasienter som opplever problemer som blant annet lekkasje og sår hud (Salvadalena, 2013; Richbourg et al., 2007).

Videre understreker Anne at denne utfordringen er den vanskeligste hun som

sykepleier møter i forbindelse med pasientgruppen. Richbourg et al., (2007) forsterker sykepleiernes utfordring da funn viser at lekkasje og sår hud er problemer som forekommer hyppigst hos nyopererte stomipasienter. Videre tar Nilsen (2011, s. 128) for seg at lekkasje av tarminnhold er den vanligste årsaken for at det forekommer sår hud hos pasienten. Anne kom med et eksempel på hvorfor dette er en utfordring for henne som sykepleier:

Jeg har hatt en pasient som hadde åpne sår rundt hele stomien. Det var helt HÅPLØST å holde stomiutstyret tett. Det ble lekkasje og det rant og rant, og pasienten fikk sårere og sårere hud. Det var ikke lett å finne en løsning på denne utfordringen (Anne).

Kari og Ola påpeker det samme, og sier at har pasienten først fått sår hud er det en stor utfordring å forhindre lekkasje samt behandle sårene. Ola understeker denne utfordringen ved å si ”man må ivareta huden under stomiplaten, for har pasienten først fått sår hud er det svært vanskelig å behandle dette. Dette kan gå i en ond sirkel”. Anne opplever også dette, og sier ”får pasienten sår hud så blir det fuktighet og lekkasje. Dette er en ond sirkel vi har slitt mye med. Lekkasje og sår hud går hånd i hånd synes jeg”. Nilsen (2011, s. 128) støtter opp mot det sykepleierne sier ved å påpeke at sår hud fører til lettere lekkasje, og dette fører igjen til ytterligere hudirritasjon. Kari understreker utfordringen ved å si:

Når pasienten først har fått lekkasje blir det ofte sår hud. Mange tar ikke kontakt med oss eller stomisykepleier før det har blitt sår hud. Da er utfordringene større. Man må få sårene til å gro samtidig som man skal unngå lekkasje. Lekkasje og sår hud henger ofte sammen. Jo mer sår hud, jo mindre vil stomiplaten henge på, desto mer lekkasje. Det er som en ond sirkel (Kari).

Funn hentet fra Richbourg et al., (2007) bekrefter det Kari sier ved å påvise at det er stomipasienter som ikke oppsøker hjelp ved stomiproblemer etter utskrivelse. Kari opplever at dette kan forekomme av at noen stomipasienter tror lekkasje er normalt. Hun påpeker dette ved å si ”det er noen pasienter som sier slik: jeg har fått stomi, da må jeg bare regne med lekkasje”. Kari understreker videre at lekkasje ikke skal oppleves som normalt, og at det skal finnes en løsning på problemet for enhver pasient. Porrett et al., (2011, s. 21) støtter sykepleiernes opplevelser da funn viser en klar sammenheng mellom omfanget av sår hud og frekvensen av lekkasje. Videre viser studiet at deltakerne med god hud og lite sår opplever mindre lekkasje (Porrett et

al., 2011, s. 20-21). På bakgrunn av hva sykepleierne, forskning og litteratur viser, forstår jeg at det er flere som opplever lekkasje og sår hud, og at dette er en utfordring som er vanskelig å løse både for den enkelte pasient og sykepleier.

Ola understreker at behandling må settes i gang raskt for kunne forhindre eller forebygge ytterligere sår hud og lekkasje. ”Oppstår det lekkasje og sår hud er det viktig at det ikke går tid, men at man får tatt problemet med en gang” (Ola). Nilsen (2011, s. 128) støtter opp mot at behandling må settes i gang så fort som mulig for å unngå ytterligere problemer. Videre understreker forskning viktigheten av utvikling på feltet for å kunne forebygge og behandle huden rundt stomien (Salvadarena, 2013). Sett i sammenheng med det sier sykepleierne det er utfordrende å finne stomi- og hjelpemidler tilpasset den enkelte pasient, for å kunne forebygge eller behandle lekkasje og sår hud. Ola påpeker denne utfordringen ved å si ”leverandører har ulikt stomiutstyr som kan passe for noen, og passe mindre for andre. Det er utfordrende fordi det ikke er noe fasit på hvilket stomiutstyr som passer hver enkelt pasient”. Kari påpeker det samme og underbygger det ved å si:

Man må klippe, lime og sette sammen utstyr for å finne det rette stomiutstyret til den enkelte. Dette er en enorm utfordring. Det finnes veldig mye forskjellig stomiutstyr på markedet, og kombinasjonene av stomiutstyr er det sikkert ti tusenvis av. Det er noe med å sette sammen stomiutstyr, finne stomiutstyr og prøve å feile for å kunne unngå lekkasje og sår hud. Man begynner med for eksempel krystallfiolett og ofte må man gå over til å bruke sårpasta, sårpulver og sårplate. Det er en enorm utfordring å finne frem i utstyrsjungelen. Det handler om tålmodighet og prøve, prøve og prøve (Kari).

Anne støtter opp mot Kari ved å si ”det er så mye forskjellig stomiutstyr at man lander aldri helt på hvilke utstyr man bør bruke”. Nilsen (2011, s. 119) underbygger sykepleiernes utfordring ved å påpeke at det store utvalget av stomiutstyr kan bidra til frustrasjon både hos pasienten og sykepleier. Ola sier ”jeg tenker at det enkle er ofte det beste. Det handler om å finne enkle løsninger som både pasienten og helsepersonell kan være komfortabel med”. Nilsen (2011, s. 119) støtter denne fremgangsmåten ved å si at det i den første fasen kan være greit å ha et lite utvalg stomiutstyr å forholde seg til. Videre sier Kari at flere pasienter hadde unngått lekkasje og sår hud hadde de prøvd et annet stomiutstyr, og påpeker at ”noen låser seg til et utstyr og ikke vil prøve noe nytt. Da blir utfordringen større for oss”. Tidligere forskning underbygger det Kari påpeker ved å vise til at problemer som sår hud og

lekkasje kan reduseres og forbedres om pasienten prøver et nytt stomiutstyr (Porrett et al., 2011, s. 23). På bakgrunn av dette mener jeg at et godt tilpasset stomiutstyr for hver enkelt pasient er et viktig tiltak for å kunne håndtere eller unngå utfordringer knyttet til lekkasje og sår hud.

Sykepleierne sier at utfordringen med lekkasje og sår hud kan handle om hvordan selve stomien er konstruert og hvilke stomitype pasienten har. Ola opplever at kort stomi gjør det vanskeligere å tilpasse stomiutstyr for å unngå lekkasje. Kari påpeker også dette og sier ”jeg opplever ofte at dem med korte stomier sliter mer med lekkasje og sår hud. Det er også en utfordring at stomien kan være for flat til å få lagt på stomiutstyr”. Nilsen (2011, s. 128) underbygger dette ved å ta for seg at kort stomi kan være en faktor for å utvikle lekkasje av stomiutstyr. Kari påpeker videre at ileostomi er vanskeligere å håndtere enn colostomi: ”Det er lettere med colostomi i forhold til den faste avføringen. Det er mye mer tyntflytende tarminnhold på en ileostomi og dermed blir det også lettere sår og lekkasjer”. Nilsen (2011, s. 104) forsterker sykepleiernes utfordring ved å ta for seg at personer med ileostomi har større risiko for å utvikle lekkasje, på grunn av det tynne tarminnholdet kan være irriterende for huden. Videre underbygger funn hentet fra Porrett et al., (2011, s. 20) det sykepleiernes sier, da studiet viser at personer med ileostomi opplever mer lekkasje enn de med colostomi. På den andre siden viser Richbourg et al., (2007) til at flertallet både med colo- og ileostomi opplever vansker med lekkasje i etterkant av utskrivelse. Her må det påpekes at studiet tar for seg at personer med ileostomi opplever mer problemer i forhold til blant annet sår hud, allergi og smerter (Richbourg et al., 2007). På bakgrunn av funn, forskning og litteratur ser jeg at stomitype og konstruering, kan være faktorer som gjør det utfordrende for sykepleierne å håndtere lekkasje og sår hud.

Sykepleierne sier at det kan være utfordrende å kartlegge hvorfor den nyopererte stomipasienten opplever lekkasje og sår hud. Richbourg et al., (2007) støtter opp mot dette ved å ta for seg at det er nødvendig med mer forskning på feltet, for å kunne kartlegge hvorfor lekkasje og sår hud oppstår. Ola mener det er viktig at sykepleier tenker igjennom hva som kan være årsaken for at lekkasje og sår oppstår. Han sier videre at utfordringen kan være knyttet til for eksempel ernæring, alder, hvordan pasienten håndterer stomistellet og hvilke type hud pasienten har. Anne sier ”jeg

opplever at yngre pasienter har bedre hud. Det er utfordrende med eldre pasienter for de har ofte dårligere hud. Dette kan forekomme av for eksempel dårlig ernæring". Nilsen (2011, s. 128) underbygger det Anne og Ola påpeker ved å hevde at noen har solid hud som tåler mye, og noen har svak hud som krever mer beskyttelse. Videre påpeker Ola at: "Jeg ser ofte hvordan pasienten håndterer stomistellet eller hvordan de tar av stomiutstyret. Dette kan være årsaker for at det oppstår lekkasje og sår hud". Nilsen (2011, s. 129) støtter opp mot det Ola sier ved å ta for seg at er man uforsiktig når stomiutstyr fjernes kan huden skades. Funn fra Richbourg et al., (2007) viser til at stomiutstyret sitter på kortere hos dem med høyere BMI. På den andre siden fant ikke Salvadalena (2013) noen spesiell bakenforliggende årsak for stomiutfordringene oppstår.

En annen utfordring sykepleierne opplever i forbindelse med lekkasje og sår hud er tiden de har til disposisjon på stomistellet. Sykepleierne påpeker at tid brukt på stomistellet, kan være en faktor for om det oppstår lekkasje og sår hud. Anne understreker dette ved å si "haster man idet man utfører stomistellet oppstår det lettere både lekkasje og sår hud". Kari påpeker at det kan være tids- og ressurskrevende med å håndtere sår hud og lekkasje, og sier "sliter en pasient med mye lekkasje må man skifte stomiutstyr hyppig. Blir det liggende litt avføring rundt stomien så blir det sår og enda mer lekkasje". Salvadalena (2013) hevder at bruker man god tid på stomistellet kan man minske problemer og bedre huden rundt stomien. Sett i lys av det synes jeg det er viktig at sykepleierne bruker tid og ressurser for å kunne forebygge eller behandle sår hud og lekkasje.

Ola og Kari påpeker at det kan være utfordrende om pasienten er allergisk mot stomiutstyr. Nilsen (2011, s. 128) underbygger dette ved å hevde at det kan være utfordrende å tilpasse stomiutstyr til pasienter som er allergisk mot mengder stomiutstyr. Ola kom med et eksempel på hvorfor dette er en utfordring for han som sykepleier:

Jeg har pasienter som jeg jobber med hele tiden. Dette er pasienter som har perioder med dårlig hud og som har sart hud i utgangspunktet. De kan for eksempel ha eksemhud og reagere på absolutt alt av stomiutstyr. Dette er en utfordring med tanke på å unngå lekkasje og kunne forebygge huden (Ola).

Porret et al., (2011, s. 21) underbygger utfordringen da studien tar for seg at de med eksemhud hadde mer forekomst av lekkasje enn andre deltakere. Kari opplever det samme, og påpeker dette ved å si ”jeg hadde en pasient som ikke tålte mengder stomiutstyr eller krystallfiolett. Da måtte jeg bruke sårpulver, sårplate og sårpasta for å unngå lekkasje”. Nilsen (2011, s. 128) støtter Kari sin fremgangsmåte og sier at reagerer pasienten på stomiutstyr må man bruke sårplate under selve stomiplaten. Videre tar Nilsen (2011, s. 128) for seg at sårpulver og sårpasta kan egne seg godt til behandling av sår hud. På bakgrunn av hva sykepleierne sier, ser jeg denne utfordringen som en kompleks situasjon hvor sykepleier må finne tiltak og løsninger for å kunne håndtere sår hud og lekkasje.

5.3 Sykepleierens utfordring med å oppnå trygghet og mestring hos pasienten

Sykepleierne opplever det utfordrende å oppnå trygghet og mestring hos den nyopererte stomipasienten. Utfordringen til sykepleierne kan ses opp mot tidligere forskning og litteratur, som viser til at pasienter har vansker med å tilpasse seg, og akseptere livet med stomi (Mota et al., 2015; Thorpe et al., 2014; Nilsen, 2011). Kari kom med eksempel på hvorfor dette er utfordrende for henne som sykepleier:

Det er noen pasienter som rett og slett er deprimerte. De klarer ikke helt å vedkjenne at de har fått en stomi. Et eksempel er at de ikke helt er mottakelig for å stå å skifte på stomien sammen med meg. Da er det dette med å få dem til å bli trygge på det. Det kan være en lang prosess (Kari).

Anne påpeker også dette, og sier livsendringen kan være en stor omveltning for pasienten. Hun understreker dette med å si ”vi har de pasientene som synes å få stomi er ekkelt. Det er veldig nytt for dem, og da sliter flere med å akseptere stomien”. Nilsen (2011, s. 107) støtter opp mot dette, og sier at stomiopererte kan oppleve mye usikkerhet rundt den nye tilværelsen. Videre kan en ukjent situasjon hemme pasientens livsutfoldelse og mestring i forhold til den nye livssituasjonen (Persson, 2008, s. 83). Benner og Wrubel understreker at manglende tilhørighet og meningsløshet er den største trusselen mot mestring (Konsmo, 1995, s. 98). Ola sier ”jeg som sykepleier må prøve å finne det som motiverer pasienten til for eksempel å tørre å gå ut, til å bade eller til å reise. Slik at pasienten kan opprettholde et meningsfylt liv”. Benner og Wrubel støtter denne framgangsmåten med å ta for seg at

sykepleierens mål er å hjelpe pasienten til å finne en ny mening i den ukjente situasjonen (Konsmo, 1995, s. 98). Sett i sammenheng med det sier sykepleierne at det er veldig individuelt hvordan pasienten reagerer på å få stomi. Med dette opplever sykepleierne det utfordrende å finne ut hvordan man skal gå frem i hver enkelt situasjon, for å skape trygghet og fremme mestring hos pasienten. Kari forklarer denne utfordringer på følgende måte:

Det er noen pasienter som er innstilt på å få stomi. Men det kan også være dem som har blitt hasteoperert, og plutselig sitter igjen med en stomi. Pasienten er da nesten ikke forberedt å få det. Så det handler om hvordan man som sykepleier skal gripe an situasjonen (Kari).

Nilsen (2011, s. 109) støtter opp mot dette, og sier at pasientens forutsetninger for operasjon må tas i betraktning. Noe som understreker denne utfordringen er funn hentet fra Mota et al., (2015) som viser til at det å være forberedt på en stomi eller ikke, påvirker hvordan pasienten tilpasser seg situasjonen. Ola forteller videre at utfordringen kan handle om hvor raskt man skal gå frem i den enkelte situasjon. Dette poengterer han ved å si ”noen ganger går vi direkte på det tekniske som stomiutstyret og stomistellet, andre ganger prater vi 1-2 timer om hvordan tilpasse seg livet med stomi”. Kari støtter opp mot det Ola mener, og hun understreker dette ved å si ”jeg kan jo ikke bare si kom igjen så setter vi i gang så prøver vi å finne et nytt utstyr. Jeg må bruke tid på å gjøre pasienten trygg på situasjonen”. Tidligere forskning viser at det kan ta tid for pasienten å bli trygg, for så å kunne oppleve mestring og bedring i situasjonen (Mota et al., 2015; Thorpe et al., 2014). På bakgrunn av dette ser jeg viktigheten av at sykepleieren bruker tid for å kunne oppnå trygghet og mestring hos pasienten.

Anne og Kari opplever at det kan være utfordrende å opparbeide et godt tillitsforhold til pasienten. Sett i sammenheng med dette, sier sykepleierne at relasjon og tillit er helt essensielt for å kunne oppnå trygghet og mestring hos pasienten. Benner og Wrubel støtter opp mot denne fremgangsmåten ved å si at sykepleieren må sette seg inn i den enkeltes situasjon, for å kunne se muligheter til å lindre eller helbrede (Konsmo, 1995, s. 22). Anne understreker at dette kan være utfordrende på grunn av pasienten ikke alltid forteller alt om sin situasjon. Hun sier videre at det er først når man blir kjent med pasienten at bekymringene kommer frem. Kari er enig, og sier ”det er ikke alltid den som har stomi er ærlig og uttrykker problemene like store som

de er. Men når man blir kjent med pasienten, kommer det frem hvordan situasjonen egentlig er”. Noe som understreker denne utfordringen er Thorpe et al., (2014) som viser til at pasienter har vansker med å åpne seg for helsepersonell man ikke har tillitsforhold til. Pasienter som ikke hadde tillit til sykepleieren opplevde engstelighet og irritasjon i situasjonen (Thorpe et al., 2014). Ola tar for seg at tilgjengelighet skaper trygghet og tillit, og bekrefter dette med å si:

Man må la pasienten få lov til å ringe om dem ønsker det. Jeg har mange jeg snakker med både på dag og kveldstid, hvor jeg har sagt at hvis det er noe de lurer på, eller noe jeg kan hjelpe med så er det bare å ta kontakt. Det er ikke sikkert jeg kan løse det, men det er noe med det å ha en å snakke med om det konkrete tema eller utfordringen (Ola).

Tidligere forskning forsterker det Ola sier ved å vise til at pasienter opplever det trygt at sykepleier er tilgjengelig for dem etter utskrivelse (Mota et al., 2015; Thorpe et al., 2014). Videre støtter Benner og Wrubel opp mot det sykepleierne sier, ved å mene at sykepleierens tilstedeværelse og forståelse kan bidra til mestring hos pasienten (Kirkevold, 1992, s. 167). Benner og Wrubel hevder at omsorg er grunnlaget for utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 1992, s. 158). Sykepleierens handlinger kan ha ulike følger alt ettersom om sykepleien utføres med omsorg eller ikke (Benner og Wrubel, 2001, s. 26). Noe som kan ses opp mot dette er funn hentet fra Mota et al., (2015) som sier at pasienter har vansker med å tilpasse seg livet med stomi, om det ikke er noen der som støtter dem opp. På bakgrunn av det sykepleierne påpeker, synes jeg at sykepleiernes tilstedeværelse og forståelse er svært viktig for at pasienten skal kunne føle seg trygg og oppnå mestring.

Sykepleierne opplever at stomipasienten trenger oppfølging for å kunne oppleve trygghet og mestre sin nye livssituasjon. Nilsen (2011, s. 127) hevder at den korte liggetiden på sykehuset fører til at pasientene glemmer mye av den nødvendige informasjonen som gis. Kari og Ola er enig i dette, og påpeker at det er utfordrende å fremme mestring og trygghet dersom pasienten ikke har oppfattet informasjonen gitt på sykehuset. Kari viser til et eksempel på hvorfor dette er en stor utfordring for henne som sykepleier:

Pasientene er gjerne i sjokkfase enda når de kommer hjem, og er i en stresset situasjon. Det er da begrenset hva man tar innover seg da. Pasienten er kanskje ikke mottakelig for informasjon så kort tid etter operasjon. Det er en enorm

utfordring med at vi må komme inn å begynne helt fra begynnelsen av, trinn for trinn. Har pasienten aldri sett en stomi før trenger man ganske god tid på å få informasjon. Noen pasienter vet ikke engang om det er en ileostomi eller colostomi de har fått hvor de seier: nei jeg vet ikke, jeg fikk det ikke det med meg (Kari).

Ola og Anne støtter opp mot det Kari sier ved å fastslå at det er mange pasienter som er svært utrygge når de kommer hjem. Ola påpeker at han gjerne må informere pasienten gjentatte ganger om helt elementære stomiprinsipper, før den enkelte kan oppleve trygghet og mestring. Noe som understreker denne utfordringen er funn hentet fra Thorpe et al., (2014) som påpeker at utskrivelse fra sykehus er en spesielt sårbar tid. Som et resultat av dette følte flere pasienter i studien seg uforberedt til å komme hjem (Thorpe et al., 2014). Videre hevder Nilsen (2011, s. 103) at pasienten trenger informasjon og kunnskaper om sin livssituasjon, for å kunne mestre og akseptere livet med stomi. På bakgrunn av dette, mener jeg at sykepleier må legge til rette slik at pasienten kan opparbeide seg kunnskaper, og ferdigheter som må til for å kunne mestre sin egen situasjon.

Henderson (1997, s. 9) definerer sykepleierens spesielle funksjon som at man skal hjelpe individet til å utføre gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse. Sett i sammenheng med Hendersons definisjon opplever sykepleierne at det kan være utfordrende å gjøre den nyopererte pasienten selvstendig i stomipleien. Tidligere forskning tar for seg at pasienter som opparbeider seg ferdigheter og kunnskaper om sin stomi, øker muligheten for å kunne bli trygge på situasjonen (Thorpe et al., 2014). Ifølge Kari er det flere pasienter som hadde klart stomistellet selv dersom de hadde hatt styrken og viljen til å utføre det. Henderson (1997, s. 9) støtter opp mot dette og sier at pasienten klarer å utføre gjøremål om den enkelte har tilstrekkelig med krefter, kunnskap og vilje til å gjøre det. Sykepleieren skal også hjelpe pasienten til å bli uavhengig så fort som mulig (Henderson, 1997, s. 9). Anne innrømmer at de gjerne ikke er så flinke til å gjøre pasienten selvstendig. Men hun understreker at fokuset til sykepleieren skal være hjelp til selvhjelp hos pasienten. Kari påpeker denne utfordringen ved å si:

Vi prøver så langt som mulig at pasienten skal klare det selv. Jeg må være tålmodig og la de gjøre det selv. Det er en utfordring med å ha ”fingrene av fatet” og rett og slett la pasienten gjøre det selv... Det kan ta tid før de klarer å få det inn i fingrene selv. Man må kanskje bruke et par 3 besøk bare for å

klippe til plate og få teknikken på plass. Dersom pasienten klarer stellet selv vil man kunne oppleve en trygghet og mestring av situasjonen, og slippe å være avhengig av helsepersonell (Kari).

Funn hentet fra Thorpe et al., (2014) støtter opp mot det Kari sier, ved å vise til at sykepleiere som tilrettelegger og oppmuntrer pasienter til selvstendighet, har positiv innvirkning på den enkelte. Ola sier det handler om at: ”Sykepleier må være der for pasienten å ta steg for steg, og glede seg over de små fremskrittene som fører til mestring og selvstendighet hos pasienten”. Benner og Wrubel støtter opp mot denne fremgangsmåten, ved å hevde at sykepleieren skal i samarbeid med pasienten finne de beste mestringsstrategiene som passer den enkelte (Kirkevold, 1992, s. 167). På bakgrunn av dette mener jeg at sykepleieren må hjelpe den enkelte å gjenoppta selvstendighet, før pasienten kan oppleve seg trygg og mestre sin egen situasjon.

5.4 Sykepleierens utfordring med helsepersonell som har mangelfull kompetanse om stomi

Sykepleierne sier det er utfordrende at det er flere helsepersonell som har mangelfull kompetanse om stomi. Duruk og Ucar (2013) støtter opp mot denne utfordringen ved å vise til at sykepleierens kunnskap på feltet ikke er på et ønskelig nivå. Videre tar Cross et al., (2014) for seg at sykepleie til stomipasienter krever spesifikk kunnskap og ferdigheter. Sett i sammenheng med det viser Ola til hvorfor mangelfull kompetanse er en utfordring: ”Får man ikke trent på stomi blir man dårlig til det. Dette ser jeg ofte ved for eksempel feilklipping av stomiplaten eller andre småfeil med stomiutstyret som gjør at den enkelte pasient opplever lekkasje”. Ola understreker også at han synes helsepersonell kan bli bedre på stomiomsorg. Thorpe et al., (2014) hevder at sykepleierens mangel på tillit til sine ferdigheter kan sterkt assosieres med følelsen av mangel på kunnskap. Dette kan ses i sammenheng med et eksempel Kari kom med under intervjuet:

Det er veldig lite kunnskap i forhold til hva som finnes av stomiutstyr og hvordan man bruker stomiutstyret. Man ser at pasienten har et sett med utstyr og man bruker det. Det er flere helsepersonell som ikke tenker et hakk videre. For eksempel at man kanskje burde prøve tetningsring eller andre hjelpemidler (Kari).

Sykepleierne sier det kan være en utfordring i forhold til mangelfull kompetanse og ferdigheter knyttet til selve stomistellet. Ola har opplevd at pasientene også kan være fortvilet over at det er helsepersonell som ikke er kompetent til å utføre stomistellet. Videre sier han at det er pasienter som gjerne må fortelle helsepersonellet hvordan dem skal utføre stomistellet, og med dette bygges usikkerheten rundt situasjonen opp. Thorpe et al., (2014) forsterker denne utfordringen med å vise til at mangel på kunnskap, ferdigheter og forståelse kan hindre et godt tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Pasienter opplever at sykepleier kan hjelpe dem å tilpasse seg livet med stomi gjennom sin kunnskap, erfaring og individuelle tilnærminger til omsorg (Thorpe et al., 2014). En stomisykepleier påpeker at sykepleiere som viser lite prioritet til stomistellet kan fremme hjelpeløshet hos pasientene (Thorpe et al., 2014). Videre opplever Anne at hjelpemidler til stomistellet kan bli brukt feil. Hun sier at dersom man ikke har erfaring med ulike hjelpemidler og stomiutstyr kan det fort bli gjort feil. Anne viser til et eksempel hvorfor dette er en utfordring for henne som sykepleier:

Jeg hadde en stomipasient som hadde åpne sår over ALT hvor platen skulle festes. Vi leste på etiketten på krystallfioletten. Og der står det: den skal ikke i åpne sår. Vi tok da krystallfioletten rundt stomien. Da vi kom til stomisykepleieren på sykehuset så var det akkurat der det skulle, i de åpne sårene. Det var en lærdom for oss alle. De fleste helsepersonell gjorde feil (Anne).

Ola og Kari støtter opp mot det Anne sier, og opplever også at stomistellet kan bli utført feil. Tidligere forskning underbygger denne utfordringen, ved å vise til at sykepleierne kan føle seg lite kompetent til å utføre stomistell som omfatter hjelpemidler som sårpasta og sårpulver (Thorpe et al., 2014). Ola sier videre at denne utfordringen kan handle om at helsepersonellet ikke har sett pasientens stomi eller stomiutstyr i forkant av stomistellet. Han understreker dette ved å si ”det er faktisk flere ufaglærte uten rett kompetanse som utfører stomistellet”. Kari har erfart at flere helsepersonell skifter stomiutstyr på pasienten i sengeleie, og påpeker at de helst skal stå eller sitte når en skifter på stomien. Funn hentet fra Thorpe et al., (2014) viser til at en sykepleier unngikk stomistellet om mulig da hun følte hun ikke hadde nok ferdigheter på området. På den andre siden skriver Cross et al., (2014) at sykepleiere har nokså god kompetanse og ferdigheter innenfor stomiomsorg. Noe som forsterker dette er at sykepleierne i denne studien blant annet hadde gode ferdigheter i å tømme

stomipose. Videre må det påpekes at Cross et al., (2014) er med på å bekrefte sykepleiernes utfordring med å viser til at sykepleiere har lite kunnskaper om ernæring til stomipasienter.

Kari og Ola synes det er utfordrende når mange helsepersonell er involvert i stomipleien hos den nyopererte pasienten. Ola understreker denne utfordringen med å si ”jeg ser for eksempel hvor flere helsepersonell er involvert får pasienten lettere lekkasje på grunn av feil bruk av stomiutstyr”. Kari støtter opp mot det Ola sier ved å påpeke:

Jeg har pasienter som forteller at de har hatt 50-60 forskjellige helsepersonell hjemme hos seg. Det skulle ha vært mer kontinuitet, og helsepersonell med mer kunnskaper i større og faste stillinger som kunne tatt mer ansvar på feltet (Kari).

Sett i sammenheng med denne utfordringen hevder Duruk og Ucar (2013) at sykepleiere som ikke jobber kontinuerlig med stomipasienter, har mindre kunnskaper til å utføre stomiomsorg. Videre tar studien for seg at flertallet av sykepleiere ikke ser seg selv som hovedansvarlig for stomiomsorg (Duruk & Ucar, 2013). Videre mener Ola at det er svært viktig at det er faglig dyktig helsepersonell utfører stomiomsorg, og påpeker: ”Jeg mener det burde ha vært en stomikoordinator som tok hovedansvaret innenfor stomiomsorg. Dette slik at stomiomsorg ikke blir et felt hvor dem uten kompetanse utfører det”. På bakgrunn av hva sykepleierne sier forstår jeg viktigheten av at det er faglig dyktig helsepersonell som utfører stomiomsorg. Jeg synes også at det burde settes fokus på å opparbeide seg kunnskap og ferdigheter i stomiomsorg, for å øke faglig forsvarlig sykepleie på feltet.

Sykepleierne påpeker at de hadde mangelfull kunnskap om stomi som nyutdannet. Anne og Kari har erfart at mengden kunnskap på feltet kan handle om at det er lite undervisning om stomi på sykepleiestudiene. Anne bekrefter dette med å si ”på sykepleien har en sånn *titt-tei* dette er stomi, og etter det er man ferdig med stomiopplæringen på sykepleien. Da må man ut i jobb og lære det etterpå”. Ola påpeker at det første møte med stomi var utfordrende: ”Mitt første møte med nyoperert stomibruker var nokså traumatisk både for pasienten og meg. Jeg hadde ingen erfaring innenfor stomiomsorg da”. Kari påpeker hvorfor dette var en utfordring for henne som sykepleier:

Jeg lærte altfor lite på sykepleien om stomi, nesten ingenting. Det er helt flaut å si, men jeg visste knapt hva stomi var når jeg var ferdig utdannet. Det er mye av det jeg har lært nå om stomi som jeg skulle hatt kunnskap om som nyutdannet. Da hadde jeg vært tryggere på det (Kari).

Cross et al., (2014) støtter opp mot dette ved å vise til at sykepleiere som ikke husker stomiopplæringen på sykepleien har mindre kompetanse på feltet. Videre erkjenner sykepleierne deres mangel på tillit og kunnskap i omsorg til stomipasienter (Cross et al., 2014). Sykepleierne bekrefter at erfaring og opplæring har gjort dem tryggere til å mestre stomiomsorg. Tidligere forskning støtter opp mot dette ved å vise til at sykepleierne som har erfaring, fått opplæring og som jobber med stomi er tryggere i deres yrkesutøvelse med pasientgruppen (Cross et al., 2014; Duruk & Ucar, 2013).

Sykepleierne synes det er utfordrende å få helsepersonell godt opplært i stomiomsorg. Kari bekrefter dette som en utfordring med å si ”jeg kan ha undervisning på undervisning, og det er like nytt for dem hver gang. Det er alltid noen som sitter som spørsmåltegn når jeg underviser dem”. Anne støtter opp mot det Kari sier ved å påpeke at det er utfordrende å få helsepersonell like godt opplært på feltet. Sett i lys av dette tar Tveiten (2009) for seg faktorer som må være tilstede for læring. Hun sier blant annet at det som skal læres må anes som nyttig, meningsfullt og relevant for personen som opplæres (Tveiten, 2009, s. 66). Kan dette bety at helsepersonell som opplæres ikke anser stomiomsorg blant annet som nyttig, meningsfullt eller relevant?

Ola sier han gir nyansatte tilbud om opplæring slik de kan bli trygge på å kunne utføre stomistellet. Han sier videre det er viktig å finne løsninger som er enkle for alle parter: ”Jeg gav dem tilbud om opplæring slik at de i alle fall får sett hvordan stomi og stomiutstyret ser ut og hvordan de skal gripe det an”. Forskning støtter opp mot fremgangsmåten ved å anbefale videreutdanning og undervisning for å øke kompetansen om stomi blant helsepersonell (Cross et al., 2014; Duruk & Ucar, 2013). Sett i lys av dette synes jeg at opplæring og gjentatt informasjon er svært viktig for å kunne øke sykepleierens trygghet, ferdigheter og kunnskap innenfor stomiomsorg.

På bakgrunn av funn og tidligere forskning kan man fastslå at det er flere helsepersonell som har mangelfull kompetanse om stomi. Med dette kan man stille seg spørsmålet: Er dette faglig forsvarlig sykepleie? Helsepersonell er lovpålagt å gi

omsorgsfull hjelp etter hvilke kvalifikasjoner man har for det (Helsepersonelloven § 4, 1999). Sett i lys av dette, påpeker funn for det første at det kan være helsepersonell uten rett kompetanse og ferdigheter som gir stomiomsorg. For det andre blir det vist til at sykepleie til stomipasienter krever spesifikk kunnskap og ferdigheter for å kunne utføre riktig sykepleie (Cross et al., 2014). Videre skal sykepleier ha handlingskompetanse og handlingsberedskap knyttet til sykepleierfunksjonene (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Jeg mener dette understeker og forsterker sykepleierens utfordring med helsepersonell som har mangelfull kompetanse om stomi. På bakgrunn av funn og forskning synes jeg det må settes et klart fokus på at helsepersonell får muligheter til å opparbeide seg kompetanse på feltet. Tilstrekkelig kompetanse mener jeg er helt essensielt for å kunne gi faglig forsvarlig og god helhetlig sykepleie til den nyopererte stomipasienten.

6.0 AVSLUTNING

Bachelorprosjektet har vært en spennende og lærerik prosess hvor jeg har fått større forståelse om min problemstilling. Målet med oppgaven var å få frem sykepleiernes erfaringer og tanker om utfordringer de møter i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse. Sykepleierne kom med flere eksempler som jeg mener forsterker og presiserer deres utfordringer i møte med pasientgruppen. Funn fra intervjuene viser at sykepleierne møter komplekse utfordringer som kan være vanskelig å håndtere.

Jeg har drøftet mine funn opp mot tidligere forskning og litteratur for å fremheve sykepleiernes erfaringer og opplevelser. Inntrykket jeg sitter igjen med er at sår hud og lekkasje er den største utfordringen sykepleierne møter. Dette funnet ble mest vektlagt under intervjuene, og sykepleierne betegner utfordringen som en ”ond sirkel”. Sykepleierne tar for seg at det er utfordrende å oppnå trygghet og mestring hos pasienten. Både funn fra intervjuene og forskning viser at pasienten er i en ny og vanskelig livssituasjon (Mota et al., 2015; Thorpe et al., 2014; Nilsen, 2011). Sykepleierne trekker frem at utfordringen handler om hvordan gå frem i hver enkelt situasjon for å oppnå trygghet og mestring. Tidligere forskning bekrefter at det er viktig for pasienten å oppnå trygghet og mestring i situasjonen, for å kunne akseptere livet med stomi (Mota et al., 2015; Thorpe et al., 2014). Sykepleierne opplever det også utfordrende med helsepersonell som har mangelfull kompetanse om stomi. Forskning jeg har funnet både bekrefter og avkrefter at helsepersonell har lite kompetanse på området (Cross et al., 2014; Duruk & Ucar, 2013). Det kom frem at sykepleierne opplever det vanskelig å få helsepersonell godt opplært på feltet. Med dette kan man stille seg spørsmålet: Hva er grunnen for at det er vanskelig å lære opp helsepersonell, og hvorfor er det flere som mangler kompetanse på området? For veien videre kan det være interessant å forske på hva som må til for å få helsepersonell godt opplært i stomiomsorg. Jeg vil påpeke at sykepleierne ikke så møtet med pårørende til den stomiopererte som en utfordring. Siden dette var et funn jeg hadde forventet meg å finne var det overaskende at det ikke ble nevnt i intervjuene.

Jeg har fått innsikt i at det er mangelfull forskning på feltet som tar for seg sykepleiernes utfordringer. Mer forskning på feltet mener jeg vil kunne utvinne ny og

viktig kunnskap som kan gjøre sykepleiere mer kompetente, og bedre rustet til å møte stomirelaterte utfordringer. Derfor synes jeg det kunne vært spennende og nyttig å forsket dypere på hvert enkel utfordring sykepleierne beskriver i denne oppgaven. Forskningen jeg har funnet baseres på pasientens utfordringer og tar for seg sykepleie på sykehus. Jeg har valgt å se denne forskningen opp mot mine funn, og dermed har jeg fått innsikt i at pasientens utfordringer samsvarer med sykepleierens utfordringer. Forskningsartikler jeg har brukt i oppgaven er internasjonale og de har trukket flere like konklusjoner. Dette kan indikere at utfordringene kan være de samme flere plasser i verden. Forskningens resultater og konklusjoner samsvarer i stor grad med mine funn. Dette vil jeg si forsterker og bekrefter sykepleierens utfordringer i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse.

Gjennom prosessen har jeg fått innsikt at utfordringene sykepleierne møter kan påvirkes av hverandre. Eksempelvis trekker sykepleierne frem at mangelfull kompetanse på området, kan føre til at man ikke klarer å utføre stomistellet på riktig måte. Som et resultat av dette kan pasienten oppleve lekkasje og sår hud. Videre kan sår hud og lekkasje gjøre at pasienten opplever en utrygg situasjon, og kan dermed ha vansker med å akseptere og mestre den nye livssituasjonen. Dette viser at sykepleierne har en viktig oppgave med å gi helhetlig sykepleie til denne pasientgruppen. Til slutt: Denne oppgaven fastslår at sykepleiere møter flere utfordringer i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse. Jeg mener den nye kunnskapen jeg har tilegnet meg, vil bidra til å gjøre meg bedre rustet til å møte denne pasientgruppen som ferdigutdannet sykepleier.

7.0 LITTERATURLISTE

Aadland, E. (2013). ”Og eg ser på deg...”. *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Benner P., Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleje. Stress og mestring ved sundhet og sykdom*. (1.utg.). København: Munksgaard Danmark.

Cross, H.H., Roe, C.A., & Wang, D. (2014). Staff Nurse Confidence in Their Skills and Knowledge and Barriers to Caring for Patients With Ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 41(6), 560-565. DIO: 10.1097/WON.0000000000000065

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Duruk, N., & Ucar, H. (2013). Staff Nurses' Knowledge and Perceived Responsibilities for Delivering Care to Patients With Intestinal Ostomies: A Cross-sectional Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 618-22. DIO: 10.1097/WON.0b013e3182a9a7ed

Helsepersonelloven §4 (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet 30.03.2015, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Henderson, V. (1997). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. (Ny utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode i helse og sosialfagene*. (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (1.utg.). Norge: Ad Notam Gyldendal.

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør...Om omsorgens forhold for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. (1.utg.) Oslo: TANO A/S.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 30.03.2015, fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Mota, M.S., Gomes, G.C., Petuco, V.M., Heck, R.M., Barros, E.I.L., & Gomes, V.L.D.O. (2015). Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 80-86. DIO: 10.1590/S0080-623420150000100011

Nilsen, C. (2011). Sykepleie til pasienter med stomi. I: Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth, R (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). (s. 103-132). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. (Ny utg.). Hentet 01.03.2015, fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Persson, E. (2008). Stomirelaterade komplikasjoner. I: Persson, E., Berndtsson, I., Carlsson, E. (Red.). *Stomi- och tarmopererad- ett helhetsperspektiv*. (1.utg.). (s. 83-88). Göteborg: Studentlitteratur.

Porrett, T., McGrath, A. (2005). *Stoma care*. (1.utg.). England: Blackwell Publishing.

Porrett, T., Novakova, S., Schmitz, K., Klimekova, E., & Aaes, H. (2011). Leakage and ostomy appliances: results from a large-scale, open-label study in clinical practice. *Gastrointestinal Nursing*, 9(2), 19-23. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=26&sid=00808e60-ddbc-4e00-abdb-2cee319710f5%40sessionmgr110&hid=116&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011909378>

Richbourg, L., Thorpe, J.M., & Rapp, C.G. (2007). Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 70-79. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=21&sid=00808e60-ddbc-4e00-abdb-2cee319710f5%40sessionmgr110&hid=116&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009498673>

Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2014). Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 379-389. DIO: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.014

Salvadalena, G.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. DIO: 10.1097/WON.0b013e318295a12b

Tranøy, K.N. (1986). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/c8c2a9c8024bff895dc64e53bb12e118.nbdigital?lang=no#5>

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen: Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

VEDLEGG 1

Intervjuguide til prøveintervju

”Hvilke utfordringer møter sykepleier i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse?”

1. Kan du fortelle litt om deg selv.
-din yrkeserfaring og utdanning innenfor feltet
2. Hvordan kommer du i kontakt med de nyopererte pasientene?
3. Hvilke utfordringer møter du i din yrkesutøvelse knyttet til denne pasientgruppa?
- Hva er de største utfordringene?
4. Hvilke erfaringer/opplevelser har du knyttet til oppfølging av pasientgruppa?
5. Hvordan opplever du situasjonen i hjemmet?
6. Er det noe mer du ønsker å tilføye til oppgaven som du synes er viktig å få med?

Eks. på oppfølgingsspørsmål:

- Kan du fortelle mer om det?
- Kan du gi meg ett eksempel?
- Kan du fortelle om en erfaring?
- Hva skjedde? Kan du beskrive hvordan du opplevde det?

VEDLEGG 2

Intervjuguide

”Hvilke utfordringer møter sykepleier i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse?”

7. Kan du fortelle litt om deg selv?
 - din yrkeserfaring og utdanning innenfor feltet
8. Hvordan kommer du i kontakt med de nyopererte pasientene?
9. Hvilke utfordringer møter du i din yrkesutøvelse knyttet til denne pasientgruppen?
 - Hva ser du som de største utfordringene?
10. Hvilke erfaringer har du knyttet til oppfølging av pasientgruppen?
11. Hvordan opplever du situasjonen i hjemmet?
12. Er det noe mer du ønsker å tilføye til oppgaven som du synes er viktig å få med?

Eks. på oppfølgingsspørsmål:

- Kan du fortelle mer om det?
- Kan du gi eksempel?
- Kan du fortelle om en erfaring?
- Kan du beskrive hvordan du opplevde det?
- Kan du utype det litt mer?
- Hvordan opplever du å stå i situasjonen?

VEDLEGG 3

Informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse i bachelorprosjektet

”Hvilke utfordringer møter sykepleier i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse?”

Bakgrunn og hensikt

Jeg er student ved Universitetet i Agder og holder på å skrive min bacheloroppgave om sykepleie og stomi. Gjennom min problemstilling ønsker jeg å få en dypere innsikt i utfordringer sykepleiere møter i forbindelse med nyopererte stomipasienter. Oppgaven omhandler voksne stomipasienter etter fylt 18 år. Den skal ta for seg sykepleie i hjemmet til pasienten. Videre omhandler oppgaven stomi grunnet tarmoperasjon, henholdsvis colo og ileostomi. Dette er en forespørsel til deg om du ønsker å delta i mitt bachelorprosjekt i form av individuelt intervju.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien min innebærer å samle inn data om sykepleierens erfaringer knyttet til tema. Studien innebærer at du deltar på ett individuelt intervju som vil vare ½ - 1 time. Sted for intervjuet vil avklares senere. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker.

Deltakelsen i studien vil ikke gi noen negative konsekvenser for deg. Resultatet av deltakelsen kan derimot bidra til ny og viktig kunnskap innenfor tema.

Hva skjer med informasjonen som innhentes?

Deltakelsen er anonym. Alle opplysninger som innhentes behandles konfidensielt. Jeg vil oppbevare innhentet informasjon innelåst, hvor bare jeg har tilgang. Informasjonen vil også bli beskyttet på en passordlåst data. Jeg kommer til å nummere intervjuene uten navn. Listen med nummer og navn vil oppbevares ett annet sted en informasjonen som innhentes på intervjuene.

All opplysninger som innhentes vil bli slettet etter prosjektets slutt 13/5.15.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i bachelorprosjektet. Du kan trekke deg når du vil i prosessen uten å oppgi noen grunn for ønske om dette. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeskjema som ligger ved dette dokumentet. Ønsker du å trekke deg, eller har spørsmål om studien kan du kontakte Camilla Tjessem, [REDACTED]
[REDACTED]

VEDLEGG 4 – samtykkeskjema 1



UTFRAG FRA "EMNEHEFTE - ME301 Bachelorprosjekt i sykepleie":

Innhenting av data / opplysninger til bruk i prosjektet.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasienter eller pårørende er respondenter / intervjupersoner, el.l. Viser for øvrig til Personopplysningsloven av 01.01.2001. Studenten som skal gjennomføre en undersøkelse skal gjøre dette i samsvar med "Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden", (SSN 1987, s. 23), Helsinki-deklarasjonen og Lov om personregister.

Studenten skal i god tid før innhenting av data eller hospitering søke adgang til feltet gjennom skriftlig henvendelse til virksomhetens ledelse. Studenten utformer søknaden som veileder godkjenner og underskriver. Plan for innsamling av data, skriftlig henvendelse til virksomheten, informert samtykke og intervjuguide, spørreskjema eller observasjonsskjema skal drøftes med veileder og godkjennes før det tas kontakt med personer eller institusjoner.

Dersom det benyttes digitale opptakere av samtale i intervjusituasjonen, kan det ikke registreres noen personopplysninger om informanten (personen som intervjues). (Opplysninger som kan avsløre hvem informanten er). Dersom dette gjøres, er opptaket fremleggspliktig for Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), noe som det må søkes tillatelse til før intervjuene gjennomføres. Slike undersøkelser er ikke aktuelle i bachelorprogrammet.

Studenten har ansvar for å innhente skriftlig informert samtykke. Studenten har også taushetsplikt om informasjon som de måtte få som ikke er relevant for bachelorprosjektet. Studenten har ansvar for å slette notater, lydbånd og utskrift etter at arbeidet er fullført og sensurert. Studenten har ansvar for at bachelorprosjektet ikke innebærer sammenstilling av personregistre (jfr. Personopplysningsloven § 7 – 25).

I oppgaven skal det være en redegjørelse for hvordan disse hensyn er ivare tatt. Ved innlevering av bacheloroppgaven skal anonymisert henvendelse til feltet og skriv om samtykke være nummererte vedlegg.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg bekrefter herved at jeg har fått skriftlig informasjon om Camilla sin bacheloroppgave.

Jeg er informert om hensikten med datainnsamlingen og er innforstått med at deltakelsen er frivillig.

Jeg er også informert om at data er anonymisert og vil bli slettet etter gjeldende regler når oppgaven er sensurert.

Jeg samtykker herved i at mine opplysninger kan brukes i studentens bacheloroppgave.

Dersom denne oppgaven vurderes til å kunne være et mønster-eksempel på en besvarelse, samtykker jeg i at oppgaven kan legges ut på Internett, til nytte for andre studenter som skal skrive bacheloroppgave.

(Dette forutsetter at studenten selv samtykker i at oppgaven kan benyttes til dette formålet, og at alle opplysninger som kan identifisere arbeidssted og intervjuobjekt er fjernet).

☒ Jeg samtykker i at oppgaven kan legges ut på Internett med de forbehold som er nevnt over.
(Dersom rubrikken ikke er krysset av, vil ikke oppgaven legges ut på Internett.)

Navn _

_ Dato: 25/3-15

GRIMSTAD:
KRISTIANSAND:

Fakultet for helse og idrettsfag – Bachelorutdanningen i sykepleie
Jon Lilletun's vei 9, 4879 Grimstad
Gimlemoen 25 A, 4630 Kristiansand

Serviceboks 422, 4604 Kristiansand.
Serviceboks 422, 4604 Kristiansand

Tlf: 37233000
Tlf: 38141000

VEDLEGG 5- samtykkeskjema 2



UNIVERSITETET I AGDER

UTFRAG FRA "EMNEHEFTE - ME301 Bachelorprosjekt i sykepleie":

Innhenting av data / opplysninger til bruk i prosjektet.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasienter eller pårørende er respondenter / intervjupersoner, e.l. Viser for øvrig til Personopplysningsloven av 01.01.2001. Studenten som skal gjennomføre en undersøkelse skal gjøre dette i samsvar med "Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden", (SSN 1987, s. 23), Helsinki-deklarasjonen og Lov om personregister.

Studenten skal i god tid før innhenting av data eller hospitering søke adgang til feltet gjennom skriftlig henvendelse til virksomhetens ledelse. Studenten utformer søknaden som veileder godkjenner og underskriver. Plan for innsamling av data, skriftlig henvendelse til virksomheten, informert samtykke og intervjuguide, spørreskjema eller observasjonsskjema skal drøftes med veileder og godkjennes før det tas kontakt med personer eller institusjoner.

Dersom det benyttes digitale opptakere av samtale i intervjusituasjonen, kan det ikke registreres noen personopplysninger om informanten (personen som intervjues). (Opplysninger som kan avsløre hvem informanten er). Dersom dette gjøres, er opptaket fremleggspliktig for Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), noe som det må søkes tillatelse til før intervjuene gjennomføres. Slike undersøkelser er ikke aktuelle i bachelorprogrammet.

Studenten har ansvar for å innhente skriftlig informert samtykke. Studenten har også taushetsplikt om informasjon som de måtte få som ikke er relevant for bachelorprosjektet. Studenten har ansvar for å slette notater, lydband og utskrift etter at arbeidet er fullført og sensurert. Studenten har ansvar for at bachelorprosjektet ikke innebærer sammenstilling av personregistre (jfr. Personopplysningsloven § 7 – 25).

I oppgaven skal det være en redegjørelse for hvordan disse hensyn er ivarettatt. Ved innlevering av bacheloroppgaven skal anonymisert henvendelse til feltet og skriv om samtykke være nummererte vedlegg.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg bekrefter herved at jeg har fått skriftlig informasjon om Familia sin bacheloroppgave.

Jeg er informert om hensikten med datainnsamlingen og er innforstått med at deltakelsen er frivillig.

Jeg er også informert om at data er anonymisert og vil bli slettet etter gjeldende regler når oppgaven er sensurert.

Jeg samtykker herved i at mine opplysninger kan brukes i studentens bacheloroppgave.

Dersom denne oppgaven vurderes til å kunne være et mønster-eksempel på en besvarelse, samtykker jeg i at oppgaven kan legges ut på Internett, til nytte for andre studenter som skal skrive bacheloroppgave.

(Dette forutsetter at studenten selv samtykker i at oppgaven kan benyttes til dette formålet, og at alle opplysninger som kan identifisere arbeidssted og intervjuobjekt er fjernet).

☒ Jeg samtykker i at oppgaven kan legges ut på Internett med de forbehold som er nevnt over.
(Dersom rubrikken ikke er krysset av, vil ikke oppgaven legges ut på Internett.)

Navn:

Dato:

30/3-15

GRIMSTAD:
KRISTIANSAND:

Fakultet for helse og idrettsfag – Bachelorutdanningen i sykepleie
Jon Lilletun vei 9, 4879 Grimstad
Gimlemoen 25 A, 4630 Kristiansand

Serviceboks 422, 4604 Kristiansand.
Serviceboks 422, 4604 Kristiansand

Tlf: 37233000
Tlf: 38141000

VEDLEGG 6 – samtykkeskjema 3



UNIVERSITETET I AGDER

UTFRAG FRA "EMNEHEFTE - ME301 Bachelorprosjekt i sykepleie":

Innhenting av data / opplysninger til bruk i prosjektet.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasienter eller pårørende er respondenter / intervjupersoner, el.l. Viser for øvrig til Personopplysningsloven av 01.01.2001. Studenten som skal gjennomføre en undersøkelse skal gjøre dette i samsvar med "Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden", (SSN 1987, s. 23), Helsinki-deklarasjonen og Lov om personregister.

Studenten skal i god tid før innhenting av data eller hospitering søke adgang til feltet gjennom skriftlig henvendelse til virksomhetens ledelse. Studenten utformer søknaden som veileder godkjenner og underskriver. Plan for innsamling av data, skriftlig henvendelse til virksomheten, informert samtykke og intervjuguide, spørreskjema eller observasjonsskjema skal drøftes med veileder og godkjennes før det tas kontakt med personer eller institusjoner.

Dersom det benyttes digitale opptakere av samtale i intervju situasjonen, kan det ikke registreres noen personopplysninger om informanten (personen som intervjues). (Opplysninger som kan avsløre hvem informanten er). Dersom dette gjøres, er opptaket fremleggspliktig for Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), noe som det må søkes tillatelse til før intervjuene gjennomføres. Slike undersøkelser er ikke aktuelle i bachelorprogrammet.

Studenten har ansvar for å innhente skriftlig informert samtykke. Studenten har også taushetsplikt om informasjon som de måtte få som ikke er relevant for bachelorprosjektet. Studenten har ansvar for å slette notater, lydbånd og utskrift etter at arbeidet er fullført og sensurert. Studenten har ansvar for at bachelorprosjektet ikke innebærer sammenstilling av personregistre (jfr. Personopplysningsloven § 7 – 25).

I oppgaven skal det være en redegjørelse for hvordan disse hensyn er ivarettatt. Ved innlevering av bacheloroppgaven skal anonymisert henvendelse til feltet og skriv om samtykke være nummererte vedlegg.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg bekrefter herved at jeg har fått skriftlig informasjon om -

Camilla Tjessem sin bacheloroppgave.

Jeg er informert om hensikten med datainnsamlingen og er innforstått med at deltakelsen er frivillig.

Jeg er også informert om at data er anonymisert og vil bli slettet etter gjeldende regler når oppgaven er sensurert.

Jeg samtykker herved i at mine opplysninger kan brukes i studentens bacheloroppgave.

Dersom denne oppgaven vurderes til å kunne være et mønster-eksempel på en besvarelse, samtykker jeg i at oppgaven kan legges ut på Internett, til nytte for andre studenter som skal skrive bacheloroppgave.

(Dette forutsetter at studenten selv samtykker i at oppgaven kan benyttes til dette formålet, og at alle opplysninger som kan identifisere arbeidssted og intervjuobjekt er fjernet).



Jeg samtykker i at oppgaven kan legges ut på Internett med de forbehold som er nevnt over. (Dersom rubrikken ikke er krysset av, vil ikke oppgaven legges ut på Internett.)

Navn: _____

Dato: _____

26/3-15

GRIMSTAD:
KRISTIANSAND:

Fakultet for helse og idrettsfag – Bachelorutdanningen i sykepleie
Jon Lilletuns vei 9, 4879 Grimstad
Gimlemoen 25 A, 4630 Kristiansand

Serviceboks 422, 4604 Kristiansand
Serviceboks 422, 4604 Kristiansand

Tlf: 37233000
Tlf: 38141000

VEDLEGG 7- søknadskjema 1



TIL: I

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED BACHELORPROSJEKT I SYKEPLEIE (ME-301).

Gjelder for kommunehelsetjenesten eller andre praksisfelt. (Gjelder ikke Sørlandet Sykehus).

I forbindelse med avsluttende eksamen i sykepleiefaget (Bachelorprosjekt i sykepleie) er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger direkte fra sykepleiere/helsearbeidere. I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted:

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven er:

Tema:	Sykepleie og stomi
Problemformulering:	Hvilke utfordringer møter sykepleier i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse?
Veileder ved universitetet: Navn/E-post / Telefon:	Lisbet Falkenberg, I

Hensikt med datainnsamling:	Jeg ønsker å finne ut hvilke utfordringer sykepleier møter i forbindelse med nyopererte stomipasienter.
Metode for datainnsamling: (intervju, spørreskjema, observasjon)	Individuelle intervju

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg:	
Ønsket antall respondenter:	1
Tidspunkt/varighet:	½ - 1 time

Vedlegg:

Kopi av samtykkeerklæring / ev. informasjonsskriv godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med: (Navn, E-post, Tlf)	Camilla Tjessem
--	-----------------

Dato: 19/03-15

Med hilsen

Student(er) E-post / Telefon:	Camilla Tjessem
----------------------------------	-----------------

Det forutsettes at gjeldende lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges.

Vedtak fra institusjonen:	☒ Godkjent	☐ Ikke godkjent
---------------------------	--	--

Dato: 25/3-15	Ansvarlig:	Tlf:
---------------	------------	------

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Grimstad og Kristiansand

VEDLEGG 8 – Søknadskjema 2



UNIVERSITETET I AGDER

TIL:

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED BACHELORPROSJEKT I SYKEPLEIE (ME-301).

Gjelder for kommunehelsetjenesten eller andre praksisfelt. (Gjelder ikke Sørlandet Sykehus).

I forbindelse med avsluttende eksamen i sykepleiefaget (Bachelorprosjekt i sykepleie) er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger direkte fra sykepleiere/helsearbeidere. I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven er:

Tema:	Sykepleie og stomi
Problemformulering:	Hvilke utfordringer møter sykepleier i forbindelse med nyopererte stomipasienter etter utskrivelse?
Veileder ved universitetet: Navn/E-post / Telefon:	Lisbet Falkenberg,
Hensikt med datainnsamling:	Jeg ønsker å finne ut hvilke utfordringer sykepleier møter i forbindelse med nyopererte stomipasienter.
Metode for datainnsamling: (intervju, spørreskjema, observasjon)	Individuelle intervju

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg:	
Ønsket antall respondenter:	1
Tidspunkt/varighet:	½ - 1 time

Vedlegg:

Kopi av samtykkeerklæring / ev. informasjonsskriv godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med: (Navn, E-post, Tlf)	Camilla Tjessem
--	-----------------

Dato: 19/03-15

Med hilsen

Student(er) E-post / Telefon:	Camilla Tjessem
----------------------------------	-----------------

Det forutsettes at gjeldende lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges.

Vedtak fra i	☒ Godkjent ☐ Ikke godkjent
--------------	---

Dato: 26/3-15	Ansvarlig:	Tlf:
------------------	------------	------

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Grimstad og Kristiansand

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00 FAKS 38 14 10 01
ORG.NR 970 546 200 MVA post@uia.no www.uia.no

VEDLEGG 9

Tabell 1. Søkehistorikk

Tittel/år	Forfattere	Metode/land	Database	Søkeord	Avgrensninger	Dato for søk	Antall treff
Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. (2015)	Mota, M.S., Gomes, G.C., Petuco, V.M., Heck, R.M., Barros, E.J.L., & Gomes, V.L.D.O.	Kvalitativ, intervju av personer med stomi på grunn av kreft. BRASIL	CHINAL OG MEDLINE VIA EBSCO HOST	(stoma or ostomy or colostomy or ileostomy) AND nursing AND stoma care	Fagfelleevaluering. Publisert: 2010-2015. Alle voksne	10/4-15	34
Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. (2014)	Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B.	Kvalitativ, intervju av personer med ny stomi 3,9 og 15 måneder etter operasjon.helsepers onell også intervjuet. STORBRITANNIA	CHINAL og MEDLINE VIA EBSCO HOST	(stoma or ostomy or colostomy or ileostomy) AND nurse* AND (experience or knowledge or perception)	Fagfelleevaluering, publisert: 2010-2015. Full tekst. Alle voksne	27/03-15	29
Staff Nurses' Knowledge and Perceived Responsibilities for Delivering Care to Patients With Intestinal Ostomies: A Cross-sectional Study. (2013)	Duruk, N., & Ucar, H.	Kvantitativ, spørreskjema sendt ut til sykepleiere som jobber på sykehus TYRKIA	CHINAL og MEDLINE VIA EBSCO HOST	(Stoma or ostomy or colostomy or ileostomy) AND nurse* AND (experience or knowledge or perception)	Fagfelleevaluering Publisert: 2010-2015. Full tekst	27/3-15	79
Staff Nurse Confidence in Their Skills and Knowledge and Barriers to Caring for Patients With Ostomies. (2014)	Cross, H.H., Roe, C.A., & Wang, D.	Kvantitativ, elektronisk spørreundersøkelse sendt via e-post til sykepleiere. USA	CHINAL og MEDLINE VIA EBSCO HOST	(Stoma or ostomy or colostomy or ileostomy) AND nurse* AND (experience or knowledge	Fagfelleevaluering Publisert: 2010-2015. Full tekst	27/3-15	79

				or perception)			
Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Discharge. (2007)	Richbourg, L., Thorpe, J.M., & Rapp, C.G.	Kvantitativ, spørreskjema for å kartlegge utfordringer og erfaringer hos stomipasienter. USA	CHINAL og MEDLINE VIA EBSCO HOST	(Stoma or ostomy or colostomy or ileostomy) AND nurse* AND (follow up or discharge)	Fagfellelvurderet. Publisert 2005-2015. Full tekst Alle voksne	10/3-15	21
Leakage and ostomy appliances: results from a large-scale, open-label study in clinical practice (2011)	Porrett, T., Novakova, S., Schmitz, K., Klimekova, E., & Aaes, H.	Observasjoner gjort av sykepleiere, og kvantitativ spørreskjema til stomipasientene. England, Tsjekkia, Tyskland, Slovakia, Danmark	CHINAL og MEDLINE VIA EBSCO HOST	(Stoma or ostomy or colostomy or ileostomy) AND nurse* AND (leakage or skin or appliance)	Fagfellelvurderet. Publisert 2010-2014. Full tekst.	2/5-15	90
The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. (2013)	Salvadarena, G.D.	Kvantitativ undersøkelse av stomipasienter etter utskrivelse. USA	CHINAL og MEDLINE VIA EBSCO HOST	(Stoma or ostomy or colostomy or ileostomy) AND nurse* AND complications	Fagfellelvurderet. Publisert 2010-2014. Full tekst.	2/5-15	44