



HÖGSKOLAN
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

**Känslor och upplevelser i samband med stomioperation
- hur kan sjuksköterskan motivera patienten till en god egenvård?**

**Författare: Katarina Adolfsson & Jannica Olsson
Handledare: Pia Alsén**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 99:V
Institutionen för omvårdnad
Oktober 2001**

Titel: Känslor och upplevelser i samband med stomioperation - hur kan sjuksköterskan motivera till en god egenvård?
Feelings and experiences associated with stomasurgery - how can the nurse motivate to good selfcare?

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad. Fördjupningskurs 1 i omvårdnad

Antal sidor: 26

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet 120p, SSK 99:V

Författare: Katarina Adolfsson och Jannica Olsson

Handledare: Pia Alsén

Datum: Oktober 2001

Abstract

Undergoing stomasurgery means not only physical alteration but also a great psychological strain for the patient. On that account it is essential to prepare the patient emotionally as well as physically. The purpose of this literature study was to, based on Sarvimäkis five dimensions within man, categorise the experience and feelings of patients with stoma. We also wanted to illustrate how the nurse with empowerment can motivate the patient to selfcare. We have chosen literature, which illustrates the chosen issues, and we have used literature dated from 1991-2000. The result of the study indicated that there is a lack of good indepth information and education for these patients. The result also showed that there appears to be a problem in the way that the nurse attempts to create an open and trusting environment for these patients.

Keywords: Selfcare, empowerment, patient education, stoma, experiences

Sökord: Egenvård, empowerment, patient undervisning, stomi, upplevelser

INNEHÅLL

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Vad är en stomi? | 1 |
| Att leva med stomi | 2 |
| Sjuksköterskans ansvar | 2 |
| Människans fem dimensioner | 3 |
| Egenvård | 4 |
| SYFTE | 6 |
| METOD | 6 |
| Urval och avgränsningar | 7 |
| Analys av artiklarna | 8 |
| RESULTAT | 9 |
| Biofysisk dimension | 9 |
| <i>Känslor/Upplevelser</i> | 9 |
| <i>Sjuksköterskans roll</i> | 10 |
| Emotionell dimension | 10 |
| <i>Känslor/Upplevelser</i> | 10 |
| <i>Sjuksköterskans roll</i> | 11 |
| Sociokulturell dimension | 12 |
| <i>Känslor/Upplevelser</i> | 12 |
| <i>Sjuksköterskans roll</i> | 13 |
| Intellektuell dimension | 14 |
| <i>Känslor/Upplevelser</i> | 14 |
| <i>Sjuksköterskans roll</i> | 15 |

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Andlig-existensiell dimension | 16 |
| <i>Känslor/Upplevelser</i> | 16 |
| <i>Sjuksköterskans roll</i> | 16 |
| | |
| DISKUSSION | 17 |
| | |
| Metoddiskussion | 17 |
| | |
| Resultatdiskussion | 17 |
| <i>Biofysisk dimension</i> | 17 |
| <i>Emotionell dimension</i> | 18 |
| <i>Sociokulturell dimension</i> | 20 |
| <i>Intellektuell dimension</i> | 21 |
| <i>Andlig-existensiell dimension</i> | 22 |
| | |
| KONKLUSION | 22 |
| | |
| REFERENSER | 24 |

INLEDNING

Sjukdomstillstånd som t.ex. tarmcancer, ulcerös colit och morbus Crohn kan leda till att patienter får en stomi. I vissa fall anläggs stomin temporärt men ibland även permanent. Oavsett om stomin är temporär eller permanent innebär detta stora omställningar för patienten, både fysiskt och psykiskt (Bengmark, 1996). Med tanke på de många och stora förändringar som detta innebär för patienten, var vi intresserade av att undersöka närmare om hur patienten upplever sin situation, samt vad sjuksköterskan bör göra för att hjälpa patienten att hantera de problem och känsloreaktioner som uppstår i samband med och efter en stomioperation.

BAKGRUND

Vad är en stomi?

Ordet stomi härstammar från det grekiska språket och är namnet för mun eller öppning. Genom ett kirurgiskt ingrepp avlägsnar man svårt sjukligt förändrad tarm och leder bort slaggprodukterna från kroppen genom att göra en konstruerad tarmöppning på bukväggen. Tarmstomier finns i olika typer, varav den vanligaste är ileostomi. Tjocktarmen avlägsnas då kirurgiskt och tunntarmen läggs fram på buken till en ileostomi. Det har också blivit vanligare idag att konstruera en kontinent stomi, vilket innebär att man av tunntarmen konstruerar en reservoar som kan kopplas till ändtarmen (bäckenreservoar) eller inuti buken med tarmöppning ut på buken (Kocks reservoar). Colostomi är en annan stomiform då sista delen av tjocktarmen och del av eller hela ändtarmen tas bort. Därefter läggs tjocktarmsmyrningen ut genom bukväggen. (Bengmark, 1996). Tarmslyngan som läggs fram genom hudytan till en stomi, låter man hänga ut några centimeter från hudytan (Jahren Kristoffersen, 1996).

Att leva med stomi

Att genomgå en operation för att få en tarmstomi innebär en mycket stor psykologisk påfrestning för patienten och det är därför nödvändigt att patienten förbereds emotionellt. Innan operation bör patienten vara väl införstådd med att enbart medicinsk behandling inte längre är ett alternativ för att få sjukdomen under kontroll, samt att få patienten att inse att operationen kan vara ett ”ljus i mörkret” som kan göra honom /henne frisk (Binder & Hendriksen, 1987). Vid en stomioperation förändras livet drastiskt för den drabbade personen. I samband med stomioperationen uppstår en rad emotionella och sociokulturella behov. Självkänslan behöver bevaras och stärkas och det finns ett stort behov av information och utbildning rörande operationen, stomin och dess funktion. De allra flesta patienter får en förändrad självbild med känslor som avsky för sin egen kropp och en känsla av att de är mindre värda. Patienterna har ett behov av att få uttrycka sina känslor oavsett om det handlar om glädje, sorg eller rädsla (Deeny & Mc Crea, 1991).

De som genomgått en stomioperation kan uppleva det problematiskt att upprätthålla sin sociala roll i de förhållande man har inom sitt sociala nätverk och inom familjen. Ett vanligt fenomen är att försöka undanhålla stomin för sina närstående då man själv känner sig äcklad av den. Ofta drabbas dessa individers sexuella relation då det ständigt finns en rädsla för t.ex. läckage och lukt, samt en avsky för själva utseendet av stomin. Det finns därför ett behov hos dessa individer att utveckla en positiv attityd till sig själva och sin stomi samt att upprätthålla ett öppet och bra förhållande till sina närstående. Att återta sin sociala roll och att så snabbt som möjligt återgå till vardagen, samt att överkomma känslan av att vara märkt för livet är en stor del i de här individernas rehabiliteringsarbete (Deeny & Mc Crea, 1991).

Sjuksköterskans ansvar

Vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patienten skall visas omtanke och respekt. Den som har ansvar för

hälso- och sjukvården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälso-tillstånd och om de behandlingsmetoder som finns (SFS 1998:531).

Att utforma och genomföra vården i samråd med patienten förutsätter en god kontakt mellan patient och sjukvårdspersonal. Dessutom skall patientens behov av trygghet tillgodoses och vården skall vara av god kvalitet. All behandling skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763).

Det är viktigt att all personal ser människan ur ett helhetsperspektiv och att patienten ges möjlighet att samverka med personalen samt att ta tillvara de egna resurserna. Det är i detta sammanhang också viktigt med rådgivning och vägledning för att stödja patientens egen insats. Omvårdnaden omfattar också åtgärder för att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag, samt ge stöd och hjälp åt patienten i deras reaktion på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer (SOSFS 1993:17).

Människans fem dimensioner

När en individ befinner sig i en vårdssituation är det viktigt att sjukvårdspersonalen inte enbart inriktar vårdandet mot själva sjukdomen eller funktionshindret utan ser till hela individen. Människan är mångbottnad och kan enligt Sarvimäki (1996) delas in i biofysiska, sociokulturella, emotionella, andlig-existentiella och intellektuella dimensioner. Trots indelningen i olika dimensioner, måste man vara medveten om att människan fortfarande är en helhet och att de olika dimensionerna integrerar med varandra.

Den *biofysiska dimensionen* påverkas av genetiska faktorer och den biorytm som en människa har. Människan har olika system med specifika funktioner som t.ex. blodcirkulation, immunförsvar och andning för att kunna upprätthålla livsfunktionen. Vid fysiska sjukdomar uppstår det rubbningar i den biofysiska

dimensionen. Enligt den *sociokulturella dimensionen* är individen en del av en familj, ett socialt nätverk och ett samhälle. I det här sammanhanget lär sig individen att leva efter samhällets normer, lär sig anta olika sociala roller, samt utvecklas till en egen individ med egna värderingar. Många av de behov som en människa har, är sådana som bäst tillgodoses genom interaktion med andra människor. Den *emotionella dimensionen* grundar sig på hur en människa reagerar med olika sinnesstämningar på olika situationer. En emotion består av olika element, det affektiva elementet, då individen känner något, det fysiologiska elementet då man får en kroppslig reaktion på en känsla som t.ex. hjärtklappning, samt det expressiva elementet, då man på något sätt uttrycker den känsla man har i t.ex. ord eller handling. Slutligen består en emotion av ett motiverande element där en känsla är relaterad till motivation som t.ex. vid rädsla då kroppen mobiliserar kraft för att möta fara. Den *andlig-existentiella dimensionen* innefattar en människas normer och värderingar för livet och sig själv. Det är det sätt som vi förhåller oss till verkligheten vi har runt omkring. Denna dimension är en specifik nivå i den mänskliga existensen. Den *intellektuella dimensionen* innefattar en människas förmåga och kunskap om att kunna handskas med specifika situationer och hur en individ tar emot, uppfattar och bearbetar information. Även minne och förmåga till inläring är viktiga komponenter, samt hur individen uttrycker sina tankar i kommunikation och handling (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996).

Egenvård

Enligt Orem (1991) leder en väl genomförd egenvård till en strukturerad livssituation, bevarande av hälsa, en stärkt personlig integritet samt personlig utveckling för patienten. Orem identifierar flera kategorier av egenvård vid sjukdom och hälsoproblem. Att söka acceptans för sin förändrade situation, att lära sig leva med sin sjukdom och de konsekvenser som följer med den. Detta utan att stagnera i sin personliga utveckling. Vidare beskriver Orem generella hjälpmetoder för sjuksköterskan att använda sig av vid arbetet med att hjälpa patienter till en god egenvård. En metod är handledning, där man ger sådan

information som gör att patienten kan utföra egenvård. En annan metod för sjuksköterskan att använda är fysiskt och psykologiskt stöd, vilket går ut på att samarbeta med patienten i utförandet av egenvårdshandlingarna (Orem, 1991). Som patient har man en tillräcklig egenvårdsförmåga om man bestämmer själv vad som skall utföras i sin egen vård. Det är ofta så att det är först när man fått en sjukdomsdiagnos som man blir varse sin egenvårdskapacitet. Patienterna kan lätt skifta identitet vid sjukdom. Istället för att identifiera sig som en frisk individ så inriktas identiteten mot en sjukdomsidentitet. För sjukvårdspersonal handlar det om att bedöma patientens egenvårdskapacitet och göra denne delaktig i sin egen vård. Att delta i sin egen vård är både en rättighet och en skyldighet och när patienten görs delaktig, bemyndigar man denne (Björvell, 1996).

Empowerment bygger på att medvetandegöra, stärka, göra stark och visa på möjligheter för patienten (Ekeberg & Lagerström, 1996). Det är ett motivationsbegrepp som går ut på att motivera individen till att av egen kraft agera självständigt och göra det med ett gott självförtroende. Det innebär att utveckla en interaktion mellan människor, där någon utövar modellen och någon fungerar som mottagare. Utmärkande för empowermentbegreppet är också att det förutsätter mobilisering och aktiv medverkan från individen, i det här fallet patienten, för att det skall leda till en förbättring. Ett viktigt inslag är den demokratiska dialogen som syftar till en öppen kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan (Ekeberg, Lagerström & Lutzen, 1997). Starrin (2000) hävdar att om man som patient har små möjligheter att påverka sitt liv, samt har stora krav, kan det leda till negativa tillstånd som ohälsa och psykosomatiska besvär. Genom empowerment kan patientens motivation till att hantera sin förändrade kroppsuppfattning stärkas.

Känsla beskrivs som en upplevelse av lust eller olust samt att man har en intuitiv uppfattning. Upplevelse definieras som något man varit med om och/eller genomlevt (Svenska Akademin, 1995).

SYFTE

Syftet med studien är att, utifrån Sarvimäkis fem dimensioner, kategorisera patienters upplevelser och känslor före och efter en stomioperation, samt att belysa hur sjuksköterskan kan motivera patienter till en god egenvård. Vi har arbetat utifrån tre frågeställningar; Vilka upplevelser beskriver patienten före och efter en stomioperation? Vilka känslor beskriver patienten före och efter en stomioperation? Hur kan sjuksköterskan motivera patienten till en god egenvård?

METOD

Metoden för datainsamlingen var litteraturstudie och vi använde oss av systematisk datorbaserad sökning (Backman, 1998) via databaserna Pub medline, Spriline och CINAHL. De engelska sökorden var ulcerative colitis, ostomy, bodyimage, selfcare och psychosocial aspects. De svenska sökorden var kroppsuppfattning, stomi, patienttillfredsställelse, livskvalitet och egenvård. Sökorden kombinerades samt användes enskilt. Sökningen gav ett stort antal träffar och för att avgränsa materialet lästes abstracts utifrån syftet och våra frågeställningar och 30 artiklar valdes ut. Vid sökningen gjordes ingen begränsning av utgivningsår eller språk. Materialet vi fann var svenskt, engelskt och norskt. Osystematisk sökning av litteratur gjordes också (Backman, 1998), då vi tog kontakt med olika patientföreningar och stomiterapeuter för att få lite grundläggande information om dessa patienters problem. Vi fick då information hemskickat av stomiterapeuter och från Riksförbundet för Mag- och Tarmsjuka och ILCO (Ileum och Colon) som är ett svenskt förbund för stomiopererade.

Urval och avgränsningar

Efter granskning av 30 artiklar exkluderades artiklar som behandlade barn och ungdomar, artiklar tryckta före år 1991 samt artiklar med medicinsk inriktning, som inte uppfyllde vårt syfte. Artiklar som inkluderades i resultatet var de som behandlade patienter före och efter en stomioperation samt artiklar som belyste sjuksköterskans roll i samband med detta. Språket var svenska, engelska och norska. Artiklarna granskades även utifrån om de var vetenskapliga. Enligt kriterier från Spri (1996) skall vetenskapliga artiklar innehålla sammanfattning, bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser samt beskriva resultatet från ett forskningsarbete. Några artiklar som valdes var dock inte vetenskapliga men ingår ändå i resultatet då de innehåller värdefullt innehåll som belyser patientens upplevelser och känslor i samband med stomioperation. Av totalt 30 artiklar återstod efter uppfyllda kriterier, 9 artiklar som analyserats och som ligger till grund för resultatet. Dessa presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av författare, studerad grupp, använd metod och huvudsakligt innehåll i de analyserade artiklarna.

| Författare | Population/Metod | Sammanfattning |
|-------------------------|---|--|
| Allen, S. (1998). | Översikt | Perioperativa vården innan ileostomioperation, samt sjuksköterskans roll vid information, råd & stöd till patienterna. |
| Beitz, J. (1999). | Fenomenologisk studie, djupintervjuer av 10 patienter | Upplevelser patienter har i samband med stomioperation. |
| Björvell, H. (1996). | Litteraturöversikt | Empowerment och egenvård utifrån både patienten och sjuksköterskans perspektiv. |

| Författare | Population/Metod | Sammanfattning |
|---|--|--|
| Deeny, P., & Mc Crea, H. (1991). | Kvalitativ studie. Intervjuer med sex patienter | Belyser känslor och upp- levelser hos de individer som har en ileostomi eller colostomi. |
| Ekeberg, C. (1997). | Litteraturöversikt. | Empowermentbegreppet och dess användande i sjuk- sköterskans omvårdnad. |
| Henry, P., & Kelly, M. (1993). | Översikt. | Visar de psykosociala effekter som kan uppstå efter en stomioperation |
| Jacobsen, M. (1994). | Undersökning av 25 patienter. | Redovisar hur patienterna upplever det att leva med stomi. |
| Mårdén, B. (1998). | Skrift utgiven av Centrum för forsk- ning på hälsohög- skolan i Vänersborg. | Beskriver hälsopromotion för individ och samhälle. |
| Strand, K. (1998). | Kvalitativ studie. Intervjuer med fyra sjuksköterskor. | Belyser metoder sjuksköt- erskan använder sig utav för att få patienten att sam- arbeta till en god egenvård. |

Analys av artiklarna

Materialet lästes och analyserades av båda författarna utifrån syftets tre frågeställningar; Vilka upplevelser beskriver patienten före och efter en stomioperation? Vilka känslor beskriver patienten före och efter stomioperation och vad kan sjuksköterskan göra för att motivera patienten till en god egenvård? Materialet granskades gemensamt och patienternas tankar, känslor samt sjuksköterskans agerande för att motivera patienten till egenvård, markerades i texten. Därefter kategoriserades det markerade materialet under Sarvimäkis

olika dimensioner (biofysisk, emotionell, sociokulturell, intellektuell, andlig-existenssiell dimension). Efter denna kategorisering lästes materialet igenom ytterligare en gång och kontrollerades utifrån syftet.

RESULTAT

Biofysisk dimension

Känslor/ Upplevelser

Materialet (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994) visade att informationen om vad man kan förvänta sig för fysiska komplikationer efter operation var bristfällig. Många hyste förhoppningar om att deras fysiska problem skulle upphöra direkt efter operation. De kände besvikelse och miss-tröstan, samt oro över att operationen kanske inte hade lyckats. En del patienter hade problem med att äta efter operationen då de upplevde att de inte kände någon hunger. Andra patienter uppgav att de kände oro över vilka eventuella konsekvenser som skulle kunna uppstå med den nyopererade stomin efter måltider, såsom t.ex. magkramper och diarréer. Det var för många en stor påfrestning samt obehagskänsla att behöva bära en påse på magen. Påsen var ett störande element och det upplevdes svårt att förlika sig med tanken att vara tvungen att bära den en längre tid, eller för vissa, permanent. Det upplevdes som en stor börda att, direkt efter operationen, ta hand om sin stomi självständigt (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991). De flesta upplevde att de blivit dåligt förberedda på vad man kan förvänta sig efter operationen, tex. att det är vanligt att känna sig utmattad och orkeslös direkt efter, och även en tid efter operation (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). Att hitta en bekväm sovställning upplevdes svårt, liksom att ändra läge i sängen, utan hjälp från sjukvårdspersonal. Detta resulterade i en störd nattsömn. Att ständigt behöva hjälp vid lägesändring upplevdes av de flesta som en inskränkning av autonomin (Deeny & Mc Crea, 1991).

Sjuksköterskans roll

Innan operation är det av största vikt att man tillsammans med patienten funderar ut och provar den bästa platsen för stomin. Den skall vara placerad på ett sådant sätt att den i minsta möjliga mån upplevs som störande. Det har stor betydelse för hur patienten kan rehabiliteras och återgå till ett meningsfullt liv (Allen, 1998; Jacobsen, 1994). Sjuksköterskans omvårdnad handlar i stor utsträckning om bra och djupgående information till patienterna. Sjuksköterskan bör utbildas om den kirurgiska tekniken samt förväntade fysiska förändringar, detta för att kunna utbilda och informera patienten om vad han/hon har att förvänta sig (Beitz, 1999). Det är viktigt att dämpa patientens oro genom att förklara olika konsekvenser och symtom, samt klargöra att de flesta symtomen gradvis kommer att avta. Informationen bör vara realistisk och detaljerad så att patienten inte bygger upp några falska förhoppningar om ett mirakulöst tillfrisknande direkt efter operation. (Allen, 1998; Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994).

Emotionell dimension

Känslor/ Upplevelser

Efter en stomioperation får de flesta en förändrad självbild, vilket i sin tur ofta kan leda till ett försämrat självförtroende samt en nedsatt självkänsla (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991). Att känna sig annorlunda är en vanlig följd av en stomioperation. En känsla av att vara mindre attraktiv inför sin partner och en känsla av att vara smutsig är en vanlig reaktion (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). Det är inte ovanligt att de stomiopererade utvecklar starka känslor som avsky för sig själv och sin kropp, i direkt anslutning till och även en tid efter operation. De uttrycker sig i så starka ordalag som förgörande, deprimerande och att det känns som en mardröm att genomgå en operation och få en stomi (Beitz, 1999). Det är vanligt att patienterna känner rädsla och oro över att självständigt sköta sin stomi, men efter att ha genomfört

skötseln på egen hand, känner de flesta sig nöjda över att ha klarat detta (Deeny & Mc Crea, 1991).

Personer som genomgått en stomioperation upplever detta som en stor omställning, och vill så fort som det är möjligt, lära sig acceptera sin stomi. För att göra detta krävs det att man självständigt är kapabel att ta hand om sin stomi (Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). I en kvalitativ intervjustudie med 6 patienter (Deeny & Mc Crea, 1991) visade de sig, att man upplevde att sjuksköterskan gjorde det svårare, då de vid vissa tillfällen jämförde patienternas förmåga att sköta sin stomi med andra patienters förmåga. Att få tala med sjuksköterskan om sin oro och ängslan uppfattades av de intervjuade patienterna som en bra möjlighet, men det flesta sade sig ha svårt att själva söka kontakt. Man uttryckte också en saknad över att sjuksköterskorna inte satte sig ner en stund och frågade hur man kände sig. De fysiska behoven upplevdes däremot tillfredsställda (a. a). Beitz (1999) visar i resultatet från en studie, där 10 patienter intervjuats i samband med stomioperation, att man upplever att anhöriga inte alltid har full förståelse för deras situation, och att det därför var svårt att uttrycka oro och ängslan till dessa.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans förhållningssätt till patienternas oro och rädsla för egenvård av stomin, kan vara avgörande för hur den fortsatta egenvården kommer att fungera. Sjuksköterskan bör uppmärksamma och försöka eliminera farhågorna inför skötseln av stomin (Deeny & Mc Crea, 1991). Sjuksköterskan måste lära sig att identifiera vilken individuell förmåga patienten har till egenvård och arbeta utifrån individens egen förmåga. Genom empowerment måste man först och främst bedöma patientens förmåga att utnyttja sina egenvårdsresurser (Björvell, 1996). Sjuksköterskor kan hjälpa patienten till självstärkande åtgärder genom att föreslå olika åtgärder och på så vis få patienten att agera självständigt och med större självförtroende (Mården, 1998). Att göra patienten till en i ”vårdteamet” är viktigt, och det är först när patienten ges beslutanderätt som

han/hon blir en i teamet. Genom att patienten deltar i beslutsprocessen så stärks relationen och kommunikationen mellan denne och sjuksköterskan (Björvell, 1996; Mården, 1998).

Man bör utnyttja en individs förmåga fullt ut, om inte, så kan läkningsprocessen och känslan av välbefinnande för patienten fördröjas (Björvell, 1996; Brusén & Hydén, 2000). Det är viktigt att sjuksköterskan etablerar ett gott förhållande till patienten så att denne känner att han/hon kan ta upp de problem och funderingar som uppkommer. Det är viktigt att patienten får tala fritt ur hjärtat, att framföra sina synpunkter om hur omvårdnaden skall gå tillväga samt få framföra sina egna lösningar. Individens erfarenheter skall betraktas som en viktig resurs (Brusén & Hydén, 2000).

Sociokulturell dimension

Känslor/ Upplevelser

De flesta som genomgått en stomioperation kände att det fanns ett behov av att återupprätta relationer med sina vänner och sina närmaste samt att återtaga sina sociala roller. Stomipåsen beskrevs som ett hinder för att upprätthålla normala relationer med sin omgivning då de kände sig generade och rädda för att låta andra se stomin. Ständig oro upplevdes av patienterna, för att det skulle inträffa en olycka som att t.ex. påsen skulle gå sönder (Deeny & Mc Crea, 1991). I en studie av Beitz (1999) beskrev patienterna att de kände sig otillräckliga som äkta makar och som föräldrar. De ansåg också att intimiteten mellan dem själva och partnern blivit påverkad i en negativ riktning (a. a). Att erhålla en stomi kan innebära problem med sexuella relationer, vilket oftast beror på skammen de känner över sin förändrade kropp (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994).

Det tar tid för individen att acceptera sin stomi. Det var först när de själva accepterade sin stomi, som familj och vänner också fick en positiv attityd till

dem och deras situation (Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). Som en följd av den förändrade självbilden, upplevde man att stomioperationen hade resulterat i slitningar inom det förhållande som de levde i. Stöd och förståelse från omgivningen och de anhöriga, upplevdes vara det enda som kunde eliminera dessa problem, samt att det var av yttersta vikt för att klara av det dagliga livet (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994).

Sjuksköterskans roll

Det är sjuksköterskans ansvar att ge positiv feedback till patienten när det handlar om att acceptera sin situation. För att överkomma rädslan för problem med påsen och rädslan för att låta andra se stomin, behöver patienterna dels känna att de kan lita på att det material som de använder kommer att fungera. Sjuksköterskan bör ansvara för att arbeta med patienterna på ett sådant sätt att självkänslan stärks (Deeny & Mc Crea, 1991).

För att det skall vara möjligt att arbeta utifrån ”patientempowerment”, måste patientens önskemål, egna kunskap om sin hälsa och sjukdom och egenvårdsvanor kartläggas och värderas. Detta bör värderas lika högt som allt annat beslutsunderlag som ligger till grund för behandling och omvårdnad (Björvell, 1996). Behoven hos individerna i materialet indikerar att sjuksköterskor och främst då stomisköterskor, måste vara förberedda och öppna för möjligheten, att ge patienterna rådgivning om de sexuella problem som kan uppkomma i samband med stomioperationen. Rådgivningen bör ges tillsammans med anhöriga och den bör ges vid ett tillfälle när de andra mer basala psykologiska behoven är tillfredställda (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991).

Tillit till sjuksköterskan är en förutsättning för att uppnå ett samarbete där patientens vilja skall bli aktiverad och då är kommunikation och respekt betydelsefullt. Relationen mellan sjuksköterska och patient är avgörande för hur

patientens behov tillfredställs. En öppen och nära relation mellan sjuksköterska och patient, underlättar arbetet med att skapa välbefinnande för patienten (Strand, 1998).

Intellektuell dimension

Känslor/Upplevelser

Få kände sig förberedda på vad det egentligen innebar att få en stomi och det fanns ett stort behov av att få mer djupgående och verklighetsbaserad information som berörde stomioperationen, samt stomiskötseln efter operationen. Detta oavsett om patienten skulle erhålla en temporär eller permanent stomi (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). Flera utav patienterna hade inte fått adekvat information om hur operationen gick till och vilka delar av tarmen som skulle tas bort. Bättre information om stomins utseende och storlek, samt om man kunde känna smärta vid beröring, eftersöktes av informanterna (Deeny & Mc Crea, 1991). Alla frågor som uppkommer inför en stomioperation så som t.ex. hur det är att leva med stomi, vad man kan äta och hur man sköter stomin rent praktiskt, hade inte besvarats (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994).

Få hade fått möjligheten att ha anhöriga med sig under läkarens information, men många kände att den möjligheten borde ha givits, samt att de kände att informationen borde ha givits av både läkare och sjuksköterska. Oklarheter som uppstod, kunde lättare avväjts om även sjuksköterskan funnits tillhands (Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994).

Avdelningssköterskorna upplevdes av några patienter som dåligt pålästa på den typen av operation som de skulle genomgå (Beitz, 1999; Jacobsen, 1994). De ansåg att stomisköterskorna var mycket väl insatta i problematiken men upplevde att de inte hade tillräckligt med tid (Beitz, 1999). Patienterna upplevde att

det hade varit bra att få träffa och prata med någon som befann sig i samma situation som de själva (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991). Information om de eventuella sexuella problem som kan uppstå i samband med att man får en stomi, ansågs vara viktigt men ingen utav informanterna hade fått någon som helst information om detta (Beitz, 1999; Deeny & McCrea, 1991; Jacobsen, 1994). Många av de problem som patienterna upplevde efter operation, hade enligt dem själva kunnat undvikas om någon tagit sig tid att besvara deras frågor innan operationen (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991).

Sjuksköterskans roll

Det är viktigt med råd och stöd samt information till dessa personer och informationen skall gärna även ges till anhöriga och vänner till patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan hela tiden checkar av förståelsen hos patienten. Dessutom skall patienten erbjudas möjligheten att träffa någon lämplig person som själv levt med stomi ett tag. Efter operationen handlar det om att undervisa patienterna i hur de skall sköta sin stomi självständigt, samt att lära dem att identifiera eventuella problem (Allen, 1998).

Det är viktigt att sjuksköterskan mobiliserar patientens vilja att samarbeta mot ett egenvårdsmål. För att kunna göra det, måste sjuksköterskan ha den kunskap som är nödvändig om patienten och dennes situation (Strand, 1998). Utbildning och kunskap är ett medel för att skaffa sig makt och på så sätt bemästra sin egen situation (Ekeberg & Lagerström, 1996). Det är viktigt att sjuksköterskan tillhandahåller de resurser som behövs för att patienten skall kunna få kontroll över sin situation. Så väl patienter som personal måste utveckla förmågan och kompetensen så att resurserna används på ett effektivt sätt (Brusén & Hydén, 2000).

Andlig-existentiell dimension

Känslor/ Upplevelser

Beitz (1999) redovisar i sin studie att flera av de intervjuade använde sig av bön och andlig vägledning, samt humor, för att lättare hantera sin situation. För att vända den sorg som de kände, till glädje, användes humor genom att skämta om sin sjukdom och sin stomi. Att använda sig av humor gav patienterna en känsla av avdramatisering inför sin situation och det rehabiliteringsarbete de hade framför sig. Stödgrupper använde sig av humor för att lätta upp patienternas vardag. Man hävdade att det var lättare att skämta om något allvarligt, med någon som genomlevt en liknande situation och därför visste vad de talade om. Patienterna kände att banden mellan dem själva och de som ingick i stödgrupperna blev starkare när de använde sig av den här typen av lättsammare inriktning (Beitz, 1999).

De patienter som använde sig av bön och andlig vägledning, uppgav att de upplevde det som att de inte genomgått processen ensamma. Operationen förändrade allt och slutligen så upplevde patienterna att hela situationen blivit en positiv andlig upplevelse som dessutom stärkt banden mellan inte bara dem själva och Gud, utan även med deras sociala nätverk (Beitz, 1999).

Sjuksköterskans roll

Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar och tar fasta på de positiva effekter kontakt med stödgrupper har för patienter i samband med stomioperationer. Sjuksköterskan skall informera patienterna om vilka stödgrupper som finns tillgängliga och kanske i vissa fall även förmedla kontakten mellan patienten och stödgruppen (Beitz, 1999).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Våra frågeställningar har besvarats med den använda litteraturen och det var lätt att finna material som behandlade ämnet, dvs om tarmstomier, men det visade sig att då vi sökte svaren på de enskilda frågorna blev det inte lika enkelt. Utifrån litteratur och artiklar, beskrivs dels patienternas upplevelser och känslor av att få en stomi, dels hur sjuksköterskans roll bör vara. Syftet med studien var att kategorisera resultatet utifrån Sarvimäkis fem dimensioner, för att då ses hela patienten i en vårdssituation. I resultatet integrerar de olika dimensionerna med varandra och det har därför varit svårt ibland, att strikt kategorisera materialet. I diskussionen redovisas och diskuteras de mest utmärkande upplevelserna/känslorna som patienterna har i samband med stomioperation samt vad sjuksköterskan har för roll, under varje enskild dimension.

Vi anser att förtjänsterna med en litteraturstudie, är att man genom andras forskning får en stabil grund att stå på inför eventuellt egna forskningsförsök i framtiden. Vi är medvetna om att det finns en risk med att göra en litteraturstudie, därför att man tolkar resultat som redan andra författare har tolkat. För att minimera feltolkningar har vi återgått till ursprungsmaterialet flera gånger.

Resultatdiskussion

Biofysisk dimension

Patienterna kände sig inte tillräckligt förberedda på de fysiska konsekvenser som följer med en stomioperation, eller de förändringar som det innebär att få en stomi. Detta kanske kan bero på att det bottnar i dålig kunskap hos sjuksköterskan om vad en operation rent kirurgiskt innebär och eventuellt kan det vara aktuellt med att se över vidareutbildning för de sjuksköterskor som arbetar på de avdelningar där dessa patienterna finns. Det är inte enbart sjuksköterskans

ansvar att hon håller sig ajour med ny forskning, pedagogiska mallar och hjälpmetoder för att kunna undervisa patienterna. En del av ansvaret måste även tilldelas arbetsgivaren. Enligt lagen (SFS 1998:531) är det arbetsgivarens ansvar att se till att personalen får och kan utöva vetenskapligt beprövad omvårdnad. Det är även deras ansvar att försäkra sig om att personalen får tid till reflektion och utbildning.

Emotionell dimension

Efter genomförd operation förändras oftast patientens självbild och det är inte ovanligt att detta resulterar i ett försämrat självförtroende. Att känna avsky inför sin förändrade kropp leder i sin tur till att de känner sig mindre attraktiva och det här skapar ett avståndstagande ifrån sina närmaste (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). Det är ett svårt och stort steg att självständigt sköta sin stomi, men samtidigt visar resultatet att det är först när man självständigt sköter den, som man sakta får acceptans för sin situation. När man själv accepterat sin förändrade livssituation får man automatiskt ett öppnare klimat mellan sig själv och sina närmaste (Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994).

Resultatet visar att sjuksköterskan hade problem med att hjälpa patienten att övervinna sin oro för att självständigt sköta stomin. I vissa fall hade processen försvårats då sjuksköterskan jämfört förmågan att sköta stomin mellan olika patienter (Deeny & Mc Crea, 1991). En vanlig känsla patienterna uttryckte var att deras anhöriga inte till fullo förstod deras förändrade situation och därför upplevdes det problematiskt att uttrycka sina innersta känslor för sina närmaste. Patienterna upplevde det som enklare att tala om sin oro med sjuksköterskan men ansåg att det var svårt att själva söka kontakt och hade önskat att sjuksköterskan själv sökt kontakt med dem (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991). Patienterna upplevde också att sjuksköterskan sällan frågade hur de egentligen kände sig och att de var duktiga på att tillgodose deras fysiska behov men inte de emotionella (Deeny & Mc Crea, 1991). Sjuksköterskan kan genom em-

powerment hjälpa patienterna till självstärkande åtgärder. Detta genom att utgå ifrån patientens individuella förmåga till egenvård. Sjuksköterskan bör etablera ett gott och öppet förhållande till patienterna så att de känner att de kan tala fritt ur hjärtat om de farhågor och de funderingar de har (Brusèn & Hydèn, 2000).

Man måste utgå från varje enskild individ i varje möte. För att kunna använda sig av empowerment är det en förutsättning att man hjälper patienten till en god egenvård. Individer som uppmuntras till att ta egna beslut, får ökat självförtroende och är mer benägna att utveckla och underhålla ett hälsosamt liv (Emmett & Jenkins, 1997). Maagard och Nordström (1984) menar att när patienten upplever stora förändringar och ifrågasätter sin situation, är det viktigt att förse patienten med så många positiva upplevelser runt dennes situation som möjligt. Detta kan bidra till att patienten motiveras att klara så mycket som möjligt av stomins skötsel själv. För sjuksköterskans del innebär det att hon måste avsätta mer tid hos patienten än tidigare, så att problem kan undanröjas och känslor uttryckas.

Det är av yttersta vikt att man som sjuksköterska skapar tillit så att patienten vågar anförtro sig och inte håller tillbaka problem som han/hon egentligen har ett behov av att få samtala om. För att hjälpa individen överkomma det som hindrar denne att öppet samtala om sin situation, behöver sjuksköterskan kunskap hur man på olika sätt kan hjälpa patienten att lättare verbalisera sina problem (Faulkner, 1995). Resultatet visar att sjuksköterskan ibland har svårt att etablera en god och öppen kontakt med patienten och det kan resultera i att det är svårt för patienten att ventilerar sin oro och sina funderingar. Detta kan vara en konsekvens av att sjuksköterskan ofta arbetar under tidspress. När man vet att man har en begränsad tid till patienten, är man rädd för att utlösa en reaktion man inte har tid att bemöta och därför väljer man att hålla relationen på en mer ytlig nivå. Trots tidspress måste försöka finna tid för att bemöta patientens oro och rädsla. Den här uppfattningen delar även Kelly och Henry (1993). Vi är övertygade om att man gör vinster rent tidsmässigt genom att konfrontera problemen med en gång. Förr eller senare kommer problemen ändå

komma upp till ytan och måste då bemötas oavsett om man har tid eller inte. Liksom Maagard och Nordström (1984) anser vi att sjuksköterskan bör avsätta tid för samtal med patienten i en avskild miljö, för att på bästa sätt lindra patientens oro och rädsla.

Sociokulturell dimension

En vanlig konsekvens av en stomioperation är att patienterna upplever sig själva otillräckliga som äkta makar. En följd av den förändrade självbilden är slitningar inom de förhållande som patienten lever i. Resultatet visar att det har stor betydelse av hur involverade de anhöriga är, för att fortsätta ha en god relation och inte minst den sexuella relationen. Många stomiopererade får problem med sitt sexuella liv och oftast beror det på den skam de känner över sin förändrade kropp (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). Ingen av de tillfrågade upplevde att de blivit erbjudna rådgivning om den här problematiken men alla kände att det hade varit välkommet (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991; Jacobsen, 1994). Sjuksköterskan bör vara förberedd på att ge patienten rådgivning om de sexuella problem som kan uppstå och de anhöriga bör inkluderas i rådgivningen (Allen, 1998). Det bör satsas mer på sjuksköterskans pedagogiska funktion som utbildare och rådgivare och att detta lyfts fram som en viktig del utav sjuksköterskans ansvarsområde. Det fanns enligt resultatet brister i informationen till patienterna.

Det krävs stora insatser av stomiterapeut och sjuksköterska för att identifiera och ge rådgivning vid eventuella problem med patientens sexuella relation. Det finns behov av utökade resurser när det handlar om rådgivning vid de här specifika problemen. Förslagsvis i form av tex. studiecirkel och en mer aktiv kontakt med patientföreningar. För många patienter kan det vara för intimt att prata om de sexuella problemen som kan uppstå och det åligger sjuksköterskans ansvar att detta område tas upp för diskussion. Kelly och Henry (1993) menar att det är viktigt att sjuksköterskan uppmuntrar patient och anhöriga att kom-

municera med varandra, så att de kan uttrycka sina verkliga känslor och önskemål.

Intellektuell dimension

Resultatet visar att patienterna har orealistiska förväntningar på ett snabbare tillfrisknande efter operation än vad som är möjligt. De var även dåligt förberedda på vad det egentligen innebar att bära en påse på magen (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991 & Jacobsen, 1994). Innan operation skall behandlande läkare samt sjuksköterska, i samråd med patienten, besluta var den bästa platsen för stomin är. Patienten är den som bäst kan avgöra var påsen upplevs som minst störande (Allen, 1998; Jacobsen, 1994). Patienterna upplevde att det hade underlättat deras situation om de fått möjlighet att samtala med någon som befunnit sig i samma situation som de själva (Beitz, 1999; Deeny & Mc Crea, 1991). Det är sjuksköterskans ansvar att förmedla kontakten mellan patient och stödförening. Sjuksköterskans uppgift är att försäkra sig om att patienten är väl informerad om vad operationen innebär, samt hur tiden direkt efter operation ser ut. Informationen skall vara realistisk och detaljerad (Allen, 1998; Beitz, 1999).

Enligt lag (SFS 1982:763) är det sjuksköterskans skyldighet att ge undervisning och det är också patientens rättighet att få det. Är inte denna lag lika viktig att följa som andra lagar? Är det så att information, råd och stöd inte anses lika betydelsefullt i vården, beroende på att den inte uppmärksammas på samma sätt som de tekniska insatserna? Även Sarvimäki (1997), menar att det är de medicinsktekniska åtgärderna som har hög status.

Har vi inte kunskap som är nödvändig för att ge en god information är det vår uppgift att se till att vi skaffar oss den, eller ser till att någon behörig som har kunskapen tar sig an uppgiften att informera. En anledning till de orealistiska förväntningarna som patienterna hade, kan vara att de inte är mottaglig för negativ information om operationen, utan vill se den som sin räddning från

sjukdom och ohälsa. Att operationen är deras räddning från sjukdomen bestrids inte, men när man har sådana förväntningar är det nog svårt att ta till sig realistisk information som kan upplevas som negativ. Maagard och Nordström (1984) menar att det inte alls är ovanligt att patienten dagarna före operation använder sig av försvarsmekanismen förträngning och därför skjuter problemet ifrån sig. Detta kan indikera att det är av yttersta vikt att ge den realistiska informationen i små doser och vid upprepade tillfällen, för att kunna försäkra sig om att patienten har tagit till sig det som förmedlats. Då information och förberedelse ges, är det av stor vikt att ge realistisk information om förväntade reaktioner efter ingreppet. Liksom Kelly och Henry (1993) hävdar, anser vi att man bör informera om att nya starka känslor utvecklas och att det tar tid att få acceptans för sin nya situation.

Andlig-existensuell dimension

En del patienter använder sig av bön, andlig vägledning och humor för att underlätta situationen. Genom att skämta om sin situation, avdramatiserades allvaret i den pågående processen, samt minskade oron. Sjuksköterskan bör ta fasta på de positiva effekter detta kan ha för individen och uppmuntra patienterna att använda sig utav de här redskapen, för att underlätta sin situation (Beitz, 1999). Sjuksköterskan bör dock vara uppmärksam på att denna form av stödgrupp inte passar alla, men det är viktigt att informera och erbjuda patienten denna form av stödgrupp.

KONKLUSION

Sjukvården idag handlar i stor utsträckning om att hjälpa patienten till en så god egenvård som möjligt. Syftet med en god egenvård är i huvudsak att underlätta patientens vardag. För att klara sin egenvård måste patienten utbildas om de egenvårdsåtgärder som är aktuella. Det kan vara så att patienten inte är medveten om de lagar och förordningar som finns och vet därför inte att de har rätt

att kräva både information, råd och stöd som är anpassat för den enskilde individen. Resultatet har visat att det finns ett tydligt behov hos patienterna av information och rådgivning. Det finns även ett behov av att skapa ett mer öppet och tillitsfullt förhållande många sjuksköterskor men efterlevs inte alltid mellan sjuksköterska och patient. Kunskapen om hur detta bör genomföras, finns hos

Att utbilda patienter är en av de mest viktiga och utmanande delarna av sjuksköterskans roll. Sjuksköterskan har ett professionellt, liksom ett moraliskt ansvar att utbilda i ett hälsobefrämjande syfte, i lika stor utsträckning som att vårda de sjuka (Emmett & Jenkins, 1997). Vi hoppas och tror att synen på den här delen av omvårdnaden håller på att förändras och att patientutbildning samt rådgivning får en högre status. Sarvimäki (1997) menar att omvårdnadsforskningen kommer att byta fokus på sjukdom genom att hälsa, livskvalitet och etik betonas mer i utbildningen

Det verkar som att de lagar och förordningar som finns inte alltid till fullo följs. Ett mer upplyst samhälle, leder till att patienterna i framtiden, kommer att se till att de får den vård de har rätt till. Vi hoppas att sjuksköterskan är steget före och använder den kunskap hon har.

Det bör bedrivas mer forskning angående det som faller in under den andlig-existentiella dimensionen, för det handlar om den framtidstro och hopp alla människor behöver ha, för att kunna tillfriskna och för att åter få ett värdigt liv att leva. Även forskning inom patientutbildning, egenvård och sjuksköterskans förhållningssätt i utbildningssammanhang behövs, för att ytterligare lyfta fram omvårdnaden som är en utav sjuksköterskans viktigaste uppgifter.

REFERENSER

Allen, S. (1998). Ileostomy. *Professional Nurse*, 2 (14), 107-112.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Beitz, J. (1999). The Lived Experience of Having an Ileoanal Reservoir: A Phenomenologic Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 4 (26), 185-200.

Bengmark, S., Bergentz, S-E., Rydholm, A., & Zederfeldt, B. (1996). *Kirurgi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur

Binder, V., & Hedriksen, C. (1987). Stomipatientens sociale situation. *Nordisk MEDICIN*, (102), 230-231.

Björvell, H. (1996). Patient empowerment. *Vård*, 4, 74-80.

Deeny, P., & Mc Crea, H. (1991). Stomacare: the patients perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 39-46

Ekeberg, C., Lagerström, M., & Lutzèn, K. (1997). Empowerment and Occupational Health Nursing. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 7 (45), 342-348.

Ekeberg, C., & Lagerström, M. (1996). Empowerment – ett kärnbegrepp för företagssköterskor? *Företagssköterskan*, 1 (39), 14-15.

Emmett, S., & Jenkins, D. (1997). The ethical dilemma of health education. *Professional Nurse*, 6 (12), 426-428.

Faulkner, A. (1995). *Det professionella samtalet*. Stockholm: Liber AB

Henry, P., & Kelly, M. (1993). Open discussion can lead to acceptance- The psychosocial effects of stoma surgery. *Professional Nurse*, 2 (9), 101-102, 104-106.

Jacobsen, M. (1994). Ett liv med stomi. *Sykepleiern*, 82, 19-23.

Jahren Kristoffersen, N. (red.). (1998). *Allmän omvårdnad Del 3*. Stockholm: Liber.

Maagard, B., & Nordström, G. (1984). Orems egenvårdsteori - användning av Orems egenvårdsteori i vården av stomiopererade. *Omvårdaren*, 1 (31), 16-20.

Mårdèn, B. (1998). Hälsopromotion - individ – samhälle. *Skript*, 20-24.

Orem, D. (1991). *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby Year Book

Sarvimäki, A. (1997). *Reflektioner kring omvårdnad- från huvudsatser, bisatser till slutsatser*. (FoU rapport 51). Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber AB

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialstyrelsen: Stockholm

SFS 1998:531, *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Socialstyrelsen, Stockholm.

SOSFS 1993:17, Socialstyrelsens allmänna råd. *Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*.

Spri (1996). *Vad är en vetenskaplig artikel? Riktlinjer och litteratur tips*. Stockholm: Spri bibliotek och utredningsbank.

Starrin, B. (2000). Empowerment och funktionshinder. *Ett liv som andra*. Brusén, P. & Hydén, L-CH (red.). Lund: Studentlitteratur

Strand, K. (1998). Det er viljen det gjelder. Viljen frigjør eller feller. *Vård i nord*, 4 (18), 41-45

Svenska akademien (1986). 11:e upplagan. *Ordlista över svenska språket*. Stockholm: Norstedts

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se