



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle  
Examensarbete inriktning omvårdnad  
Grundnivå II, 15 högskolepoäng  
Ht, 2010



HÖGSKOLAN  
DALARNA

# Besvär hos patienter efter en rektalcanceroperation

## En litteraturstudie

*Författare*

Eva Alm  
Gunn Westlund

*Handledare*

Malin Lövgren

*Granskare*

Maria Forsner

*Examinator*

Jan Florin

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna  
Examensarbete



HÖGSKOLAN  
DALARNA

School of Health and Social Sciences  
Essay course – Nursing  
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits  
Autum 2010

# Distress among patients after rectal cancer surgery

A literature review

EXAMENSARBETE

*Authors*

Eva Alm  
Gunn Westlund

*Supervisor*

Malin Lövgren

*Reviewer*

Maria Forsner

*Examiner*

Jan Florin



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

### Sammanfattning

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vilka besvär patienten kunde uppleva efter en rektalcanceroperation. De vetenskapliga artiklarna som ingick i studiens resultat (N=16) söktes i databaserna Cinahl och PubMed. I den tidiga postoperativa fasen upplevde patienten en förlust av sin värdighet. När det många slangarna avlägsnats kände patienten sig närmare ett oberoende och ett steg mot återhämtning. Stomiopererade patienter hade många besvär som de måste bemästra. Många patienter hade problem med avföringsläckage, retraktion, stomibräck, prolaps och hudproblem. Flera patienter hade också en icke optimal stomiplacering. Många patienter beskrev hur man efter en stomioperation kände sig annorlunda, kände mindre självrespekt och mindre självförtroende. Hos icke stomiopererade patienter var det oregelbundna tarmtömningsmönstret ett dominerande problem. Att inte kunna skilja på gasavgång och avföring var ett besvär. Patienterna i denna grupp hade mer gastrointestinala besvär i jämförelse med stomiopererade patienter. Patienter som lagt ner en tillfällig stomi var inte förbereda på de besvär som stominedläggningen medförde. Sexualiteten påverkades av operationen. Ju större operation och ju lägre ner i tarmen tumören satt desto mer påverkades sexualiteten. Dessa besvär ledde för många patienter till emotionella problem.

Nyckelord: *besvär, rektalcancer, stomi, patient perspektiv*

Keywords: *distress, rectalcancer, stoma, patient perspective*

## Innehållsförteckning

<b>BAKGRUND</b> .....	1
Kolorektalkirurgins utveckling .....	1
Rektalcancer: Incidens, prevalens och etiologi .....	1
Symtom vid rektalcancer .....	2
Utredning och diagnostik .....	2
Behandling .....	3
<i>Kirurgisk behandling</i> .....	3
<i>Strålbehandling</i> .....	3
<i>Cytostatikabehandling</i> .....	4
En förändrad livssituation .....	4
<i>Cancerbeskedet</i> .....	4
<i>Den traumatiska krisen</i> .....	4
Att identifiera patientens besvär .....	5
Problemformulering .....	5
Syfte .....	6
Frågeställning .....	6
<b>METOD</b> .....	6
Design .....	6
Urval av litteratur .....	6
Tabell I .....	7
Tillvägagångssätt .....	8
Analys .....	8
Forskningsetiska aspekter .....	8
Tabell II .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	14
Tidiga besvär efter en kolorektaloperation .....	14
Besvär hos stomiopererade patienter .....	15
<i>Sår och hud</i> .....	15

<i>Avföring och gasavgång</i> .....	16
<i>Förändrad kropp</i> .....	16
<i>Det sociala livet</i> .....	16
<i>Övriga besvär hos stomiopererade</i> .....	17
Besvär hos icke-stomiopererade patienter .....	18
<i>Avföring och gasavgång</i> .....	18
<i>Efter nedläggning av tillfällig stomi</i> .....	18
Sexuella besvär hos patienter som genomgått en rektalcanceroperation .....	19

<b>DISKUSSION</b> .....	20
Sammanfattning av huvudresultaten.....	20
Resultatdiskussion.....	21
Tidiga besvär efter en rektalcanceroperation .....	21
Besvär hos stomiopererade patienter .....	22
<i>Sår och hud</i> .....	22
<i>Avföring och gasavgång</i> .....	23
<i>Förändrad kropp</i> .....	23
<i>Det sociala livet</i> .....	24
Besvär hos icke stomiopererade patienter .....	24
<i>Efter nedläggning av tillfällig stomi</i> .....	24
Sexuella besvär hos patienter som genomgått en rektalcanceroperation .....	25
Metoddiskussion .....	25
Konklusion .....	26
Förslag till vidare forskning.....	27
Litteraturförteckning .....	28

## **Bilagor**

Bilaga I, granskningsmall för kvantitativa studier

Bilaga II, granskningsmall för kvalitativa studier

## **BAKGRUND**

### **Kolorektalkirurgins utveckling**

Under större delen av 1900-talet var omhändertagandet av kolorektalpatienter i Sverige ganska oförändrat. Den preoperativa utredningen innehöll vanligen kolonröntgen och senare även koloskopi. Metastasutredning gjordes väldigt sällan. Tekniken vid kirurgin var ”trubbig” och man tog ingen hänsyn till anatomiska dissektionsplan. Under de senaste 20 åren har en påtaglig utveckling skett inom omhändertagandet av patienter med rektalcancer, bland annat genom förbättrad kirurgisk teknik, utveckling av radiologisk teknik, och en förbättrad patologi. Under 1980-talet genomfördes stora randomiserade studier av preoperativ strålbehandling som visade att lokalrecidiven vid rektalcancer minskade om preoperativ strålning gavs. Ungefär samtidigt började man i Storbritannien att studera om en förbättrad kirurgisk teknik som kunde minska lokalrecidiven. Dr Heald på Basingstoke hospital i England presenterade en mer noggrann dissektion av rektalcancer TME (Total Mesorectal Excision) (Lindfors & Holm, 2007). Tekniken går ut på att mycket noggrant och under ögats uppsikt följa den mesorektala fascian utan att skada densamma. Åtskilliga rapporter har visat att ett söndertrasat mesorektum ökar risken för lokalrecidiv högst avsevärt (Socialstyrelsen, 2007).

Studier i Sverige och övriga Europa kunde befästa att risken för lokalrecidiv minskade med denna typ av kirurgi. Sedan 1996 finns ett nationellt kvalitetsregister i Sverige där alla rektalcancerpatienter registreras avseende kirurgi, komplikationer, mortalitet, recidiv och överlevnad. För en optimal behandling av rektalcancer samarbetar man idag i multidisciplinära team. Discipliner som ingår är radiologer, kirurger, onkologer, patologer och sjuksköterskor (Lindfors & Holm, 2007).

### **Rektalcancer: Incidens, prevalens och etiologi**

Rektalcancer definieras som adenocarcinom beläget med någon del inom 15 cm från anus mätt med rakt rektoskop (Regionalt Onkologiskt Centrum (ROC), Kolorektal cancer, 2008). År 2009 registrerades 1804 patienter med rektalcancer i Sverige. Av dessa var 1091 män och 713 kvinnor. Median åldern för diagnosen 2009 var, 70 år för män och 71 år för kvinnor (ROC, kvalitetsregister cancer rekti, 2009).

Kända riskfaktorer för utveckling av rektalcancer är strålbehandling mot till exempel prostata och cervix. Inflammatoriska tarmsjukdomar och familjära polypossjukdomar leder till hög

risk för individen att utveckla rektalcancer (Lindmark, 2001). Studier talar för att individer med hög fysisk aktivitetsnivå har en lägre risk att insjukna i rektalcancer. Kostens betydelse är inte helt kartlagd, men studier talar för ett positivt samband mellan konsumtionen av fett och rött kött för utveckling av sjukdomen. Högt intag av kostfibrer och grönsaker anses vara ett skydd mot utvecklingen av kolorektalcancer, men flera studier har dock inte kunnat påvisa någon skyddande effekt. Data talar för att substitutionsterapi med östrogener efter klimakteriet kan ha en skyddande effekt mot insjuknandet hos kvinnor. NSAID preparat även aspirin har visat sig ha en skyddande effekt mot kolorektalcancer (Potter, 1999).

### **Symtom vid rektalcancer**

Oftast ger tumörer i rektum i tidigt stadium inga symtom. Enligt ROC (2008) finns det inget samband mellan debut av symtom och patologiskt stadium. De vanligaste symtomen vid rektalcancer är ändrade avföringsvanor så som trängningar till avföring med slem och blod. Om tumören växer kan det bli trångt i tarmen och det uppstår symtom som vid obstipation. Även smärtor och gasspänningar förekommer. Hemorrojder är också en vanlig orsak till blödning per rektum (Glimelius, 2008). Tumörer i rektum föregås ofta av viktförlust, dålig matlust, och smärtor. Ett betydande problem för patienten kan vara inkontinens, slemmig och illaluktande avföring. Problem med förträngning i tarmen på grund av tumören kan leda till illamående och smärtor vilket i sig kan leda till näringsproblem (Arnesen, 2003). Dåligt allmäntillstånd och avmagring kan leda till utmattning, en speciell typ av kraflöshet som kallas fatigue (Valand & Fodstad 2002).

### **Utredning och diagnostik**

Information om djupet på tumörens växt genom rektalväggen, lymfkörtelengagemang och förekomst av fjärrmetastaser är en viktig del i utredningen inför en planerad behandling. De mest använda metoderna för att få information om detta är transrektalt ultraljud (TRUL), datortomografi (CT), magnetresonanstomografi (MRI) och positron emission tomography (PET) scan. (Balch, De Meo & Guillem, 2006). Nivåbestämning av tumören utförs under utdragandet av stelt rektoskop, man bestämmer tumörens nedre och övre gräns i centimeter ovan anus. Efter rektalpalpation beskrivs tumörens växt, anteriort, posteriort, vänster eller höger omfång, cirkulärt, strikturerande. Man bedömer om tumören är mobil eller fixerad. Px (Provexicion) tas för histopatologisk diagnos. Patienten ska även kolonutredas. TNM klassifikationen används vid beskrivning av den morfologiska spridningen vid rektalcancer så

kallad stadieindelning. T avser primärtumören, N avser regionala lymfkörtlar och M avser fjärrmetastaser (Lindmark, 2001).

## **Behandling**

### ***Kirurgisk behandling***

Kirurgi är förstahandsval vid behandling av rektalcancer (ROC, 2008). Operationen innebär att man tar bort det sjuka tarmpartiet med bred marginal och den del av messenteriet där tumörens lymfa dräneras. De regionala lymfkörtlarna tas även bort. Lymfkörtelutrymningen är viktig för stadieindelningen och kan också ha en terapeutisk betydelse. För att få en så lyckad operation som möjligt är det viktigt att ingreppet bygger på god kunskap om de anatomiska dissektionsplanen, tarmens lymfdränage och kärlsystem. Utifrån detta ska en så skonsam kirurgi som möjligt utföras som uppfyller kraven på radikalitet.

Kurativt syftande kirurgi kan utföras på tre sätt.

1. AR, Främre resektion med anastomos och avlastande loopileostomi. Ofta sitter då tumören i övre och mellersta delen av rektum (vissa patienter opereras utan avlastande loopileostomi).
2. Främre resektion utan anastomos med permanent sigmoideostomi, även kallad Hartmans operation. Denna operation används då risken för anastomosinsufficiens föreligger. Om tumören sitter lägre än 5-6 cm från anus bör man undvika anastomos.
3. APR, Rektumamputation med permanent sigmoideostomi utförs då tumören sitter långt ner i rektum (Glimelius, 2008).

Patienter med små tumörer i rektum eller patienten med dåligt allmäntillstånd kan opereras med mindre ingrepp än de tidigare beskrivna operationsmetoderna. En lokal operation med en relativt nyutvecklad metod kan göras i rektum, så kallad TEM (transanal endoskopisk mikrodissektion) (Glimelius, 2008).

### ***Strålbehandling***

Enligt Martling (2001) visar studier att strålning före operationen minskar risken för lokalrecidiv vid rektalcancer. ROC (2008) rekommenderar följande behandlingar: Vid tidig cancer ses inte behov av preoperativ strålning då risken för lokalrecidiv är liten. Denna grupp utgör 30-40% av alla nypptäckta rektalcancerfall. Vid intermediärt avancerad cancer ges preoperativ strålning då risken för lokalrecidiv minskar. Denna grupp utgör 40-60 % av alla nypptäckta rektalcancerfall. Till lokalt avancerad rektalcancer, där risken att inte kunna



operera radikalt, ges strålbehandling. Denna grupp utgör 10-20 % av alla nyupptäckta rektalcancerfall.

### ***Cytostatikabehandling***

Enligt van Gijn och van de Velde (2010) finns det inte mycket evidens för att adjuvant postoperativ cytotatikabehandling ger ökad överlevnad för rektalcancerpatienter. Vid avancerade tumörer kan man ge cytotatika och strålbehandling i kombination för att minska tumörens storlek (Socialstyrelsen, 2007).

### **En förändrad livssituation**

Patienten som drabbas av rektalcancer måste bemästra olika besvär såsom psykologiska fysiska och sociala (Arnesen, 2003). Redan under utredningsfasen, som är mycket påfrestande för patienten, är behovet av stöd stort (Valand, 2002). När en persons vardag drastiskt förändras på grund av sjukdom och ohälsa ändras hela människans livssituation. Denna förändring kan omfatta hotet mot hans/hennes totala existens till att t.ex. inte kunna fullfölja olika sociala uppdrag (Eriksson, 2003).

### ***Cancerbeskedet***

Cancerbeskedet leder ofta till ett inre kaos för patienten, det påminner ofta om att livet är skört. Tre små ord: ”Det är cancer”, kan ändra många personers livskvalitet för alltid. Bristande kunskap om sjukdomen i kombination med patientens erfarenheter tidigare i livet kan påverka hur han/hon reagerar vid cancerbeskedet (Strang, 2004). Att cancersjukdomen i ett tidigt skede kan väcka känslor av ilska, sorg, likgiltighet och förvirring kan begränsa möjligheten att förstå innebörden av information. Cancerbeskedet kan utlösa en psykisk reaktion, en emotionell kris som kommer att spegla den närmaste tiden (Cullberg Weston, 2001).

### ***Den traumatiska krisen***

Cullberg (2001) definierar den traumatiska krisen på följande sätt: När en individs psykiska situation påverkas av en yttre händelse så att personens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller grundläggande livsmöjligheter hotas. Den traumatiska krisen menar Cullberg (2001) består av fyra faser: chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Chockfasen kan komma direkt efter ett svårt besked och pågå i flera dagar. Under denna fas kan patienten visa sig förvirrad eller utagerande på olika sätt.

Reaktionsfasen är den fas då den drabbade försöker finna en mening med situationen och ställer ofta frågan varför? Under denna fas mobiliseras det psykologiska försvarsmekanismerna. Under bearbetningsfasen börjar den drabbade försona sig med situationen och blicka framåt. Nyorienteringsfasen är den del då den drabbade bearbetar situationen mera aktivt som en del av livet. Förmågan att hantera en kris är mycket olika och vi använder oss av olika sätt att bemästra situationen. Hur den drabbade bemästrar situationen beror på patientens personlighet och sociala sammanhang, vem man har som närstående, men även sjukvårdens förmåga att stötta henne/honom (Reitan, 2003 a) .

Enligt Wastesson, Nordin, Hoffman, Glimelius, och Sjöden ( 2002) studie visade det sig att tiden närmast efter diagnosen gav upphov till en mängd olika stressfaktorer för patienten. När patienterna använde olika strategier för att hantera dessa faktorer minskade oron. Strategierna är enligt Cullbergs kristeorier s.k. försvarsmekanismer som framträder under en akut kris. Det finns egentligen två sätt att reagera på, acceptera situationen som den är, eller förtränga den med olika försvarsmekanismer (Reitan, 2003 a).

### **Att identifiera patientens besvär**

Forskning visar att en systematisk bedömning av patientens problem reducerar dennes besvär (Sarna, 1998). Sjuksköterskan bör ha kompetens att observera patientens kliniska tillstånd vad gäller förbättring och försämring för att kunna göra riktiga observationer (Nortvedt, 2002). Många gånger är det dock intuition och en empatisk förnimmelse som får sjuksköterskan att reagera på patientens tillstånd. Ett systematiskt sätt att identifiera patientens problem är att fokusera på patientens besvär. National Comprehensive Cancer Network ([NCCN](#), 2010) har utvecklat en definition av detta begrepp. De menar att besvär hos individer med cancer innefattar en obehaglig emotionell upplevelse som är av psykologiskt, social och andlig natur som stör individens förmåga att hantera sin cancer, dess fysiska symtom och behandling. Idag finns det ett screeninginstrument framtaget av NCCN för att mäta besvär hos patienter med cancer (NCCN, 2010).

### **Problemformulering**

Vården av rektalcancerpatienten sker idag i specialiserade team med medicinsk och omvårdnadskompetens baserad på stor erfarenhet av rektalcancer. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall vården ges med värdighet och respekt för alla människors lika värde. Vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av

trygghet i vård och behandling. Detta kräver dock att vårdpersonal har kunskap om vad cancersjukdomen kan innebära för den drabbade. För att bättre kunna stödja patienten i att bemästra sina besvär efter en rektalcanceroperation behöver vårdpersonalen ha kunskap om vilka besvär patienten kan uppleva.

## **Syfte**

Att belysa vilka besvär som patienten kan uppleva efter en rektalcanceroperation.

## **Frågeställning**

Vilka besvär kan patienten uppleva efter en rektalcanceroperation?

## **METOD**

### **Design**

Studien genomfördes som en litteraturstudie.

### **Urval av litteratur**

Vetenskapliga artiklar söktes från databaserna Cinahl och PubMed. Följande sökord i kombination med den booleska operatören AND har använts; *rectal cancer, psychosocial problems, experience, ostomy, surgery, colorectal cancer, stoma, skin, emotional function, social problems, bodyimage, nursing, quality of life, problems*. Se Tabell 1. för sökstrategi och urvalsprocess. Inklusionskriterierna för de valda artiklarna var att de skulle handla om patientens besvär efter en rektalcanceroperation. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska och finnas i fulltext. Artiklar publicerad före år 2000 exkluderades. Även artiklar som värderats med låg kvalitet enligt granskningsmallarna för bedömning av vetenskapliga artiklar exkluderades.

**Tabell 1.** Sammanställning av databaser, sökord, antal artikelträffar, lästa abstrakt, lästa artiklar och utvalda artiklar.

Databaser/ Sökmotor	Sökord	Antal Träffar	Lästa Abstract n=67	Lästa artiklar n=19	Antal Utvalda artiklar n=16
Cinahl	Rectal cancer and Psychosocial problems	1152 68 10	20 3	1 2	2
	Experience and ostomy and surgery	31 13	2	1	1
Pub Med	Experience and colorectal cancer	277	2	1	1
	Stoma and skin	585	4	1	1
	Emotional function and rectal cancer	7421 25	4	2	2
	Social problems and rectal cancer	80	3	1	1
	Body image and rectal cancer	78	5	2	2
	Nursing and rectal cancer	238	2	1	0
	Stoma and body image	107	7	3	1
	Rectal cancer and stoma and quality of life	44 206 552 97	7	2	2
	Stoma and problems	532	5	2	2
	Rectal cancer and psychosocial + problems	44 206 32 8	3 0	1 0	1

## **Tillvägagångssätt**

Urval av artiklar med fulltext gjordes genom olika steg. Först lästes titel och abstract. Efter noggrann granskning av abstract valdes 19 artiklar. De artiklar som svarade upp mot vårt syfte lästes sedan i fulltext. Artiklarna kvalitetsbedömdes sedan utifrån en modifierad version av granskningsmallar för vetenskapliga artiklar framtagna av William, Stoltz och Bahtsevani (2006) Forsberg och Wengström (2008) (bilaga 1 och 2). Varje artikel poängbedömdes och tilldelades ett poäng för varje ja-svar och noll poäng för varje nej-svar. I den kvantitativa studien gav 23-29 poäng hög kvalitet, 17-22 gav medel kvalitet och 0-16 poäng låg kvalitet. I den kvalitativa studien gav 20-25 hög kvalitet, 15-19 poäng medelkvalitet och 0-14 gav låg kvalitet. Artiklar som inkluderades hade hög eller medelhög kvalitet. En beskrivning av inkluderade artiklar visas i Tabell 2.

## **Analys**

För att analysera resultatet från de inkluderade artiklarna delade vi upp artiklarnas resultat i olika teman och kategorier som baserades på likhet i innehåll med inspiration av Granheim, (2003). Dessa teman och kategorier visas som rubriker och underrubriker i resultatredovisningen.

## **Forskningsetiska aspekter**

Studien bygger på artiklar som fått tillstånd från etisk kommitté. Vi har dock strävat efter att återge artiklarnas innehåll på ett så sanningsenligt sätt som möjligt, d.v.s. inte förvrängt eller fabricerat data (Forsberg & Wengstöm 2008).

**Tabell II. Sammanställning av utvalda artiklar som ligger till grund för studiens resultat.**

<b>Författare Land/år</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitetsgrad</b>
Desno, L. Faithful, S.  England 2005	A qualitative study of anterior resection syndrome: the experience of cancer survivors who have undergone resection surgery.	Att beskriva de fysiska och psykosociala problemen vid anterior resektion syndromet och att undersöka vilka strategier patienterna använde sig av för att acceptera detta syndrom.	Kvalitativ ansats  Semistrukturerade intervjuer.	n=7 Fem kvinnor och två män  Patienter som genomgått en anterior resektion på grund av rektalcancer	Tarmens tömningsmönster hade stor inverkan på individens fysiska och sociala liv. Patienten använde sig av en rad olika strategier för att acceptera detta syndrom.	Medel 22/25
Comb, J.  England 2003	Role of the stoma care nurse: patient with cancer and colostomy.	Att beskriva fysiska, psykiska och emotionella problem hos en kvinnlig patient som har diagnosen rektalcancer med kolostomi.	Fallstudie  Livsberättelse	n=1  En patient som var opererad för rektalcancer och har en stomi.	Genom att följa patienten i olika skeden kunde sjuksköterskan stödja patienten vid uppkomna besvär.	Medel 22/25
Siassi, M. Hohenberger, W. Lösel, F. Weiss, M.  Tyskland 2008	Quality of life and patient's expectations after closure of the temporary stoma.	Att beskriva psykiska och fysiska förväntningar efter nedläggning av tillfällig stomi.	Kvantitativ ansats  Semistrukturerade intervjuer och frågeformulär  (SF-36 och gastrointestinal Quality of Life Index, GLQI).	n=35  Patienter som hade fått en temporär ileostomi.	Ingen förbättring i det dagliga livet för patienten efter stominedläggningen.	Hög 27/29

Författare Land/år	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagar e	Resultat	Kvalitets- grad
Persson, E. Hellström, A.L.  Sverige 2002	Experiences of Swedish Men and Woman 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery.	Att beskriva patientens upplevelser med fokus på kroppsuppfattning 6-12 veckor efter en stomioperation.	Kvalitativ, fenomenologisk ansats  Intervjuer	n= 9  Fem män och fyra kvinnor	Stomin påverkade livet på flera olika sätt; sexuellt, socialt, fysiskt, kroppsuppfattningen ändrades, upplevelse av otrygghet.	Hög 25/25
Worster,B. Holms, S.  England 2009	A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer.	Att undersöka patienternas upplevelser under den postoperativa tiden efter kolorektal kirurgi.	Kvalitativ Ansats  En deskriptiv fenomenologisk studie  Intervjuer	n=20  Tio män och tio kvinnor	Många olika besvär beskrevs av patienterna: Förlust av värdighet, förlust av kontroll och rörlighet, brist på information, sömnsvårigheter, svårigheter att äta och dricka.	Hög 25/25
Bloemen, J.G. Visschers, R.G.J. Truin,W. Beets, G.L. Konsten,J.L.M.  Holland 2007	Long-Term Quality of Life in Patients with Rectal Cancer: Association with Stoma Postoperative Complications and Presence of a Stoma.	Att utvärdera om postoperativa komplikationer och stomi påverkar patientens livskvalitet.	Kvantitativ ansats En retrospektiv studie  Frågeformulär	n=170	Postoperativa besvär: sämre fysisk funktion, mera smärta, fatigue och viktnedgång.	Hög 28/29
Engel, J. Kerr, J. Schleisinger- Raab, A. Eckel,R. Sauer, H. Hölzel, D.  Tyskland 2003	Quality of Life in Rectal Cancer Patients. A Four-Years Prospective Study.	Att följa upp patienternas livskvalitet 4 år efter en rektalcancer-operation.	Kvantitativ ansats Prospektiv studie  Frågeformulär	n=443	Patienter opererade med antrior resektion utan stomi hade bättre livskvalitet trots besvär med miktion och tarmtömning jämfört med patienter som opererats med rektumamputation och stomi.	Hög 29/29

<b>Författare Land/år</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvali- tets- Grad</b>
Altchuler, A. Ramirez, M. Grant, M. Wendel, C. Horbroom, M. Herrinton, L. Krouse, R.  USA 2009	The Influence of Husband's or Male Partners support on Women's Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting from Colorectal Cancer	Betydelsen av maken/partners stöd till kvinnan efter en rectalcancer operation.	Mixad ansats  Semistrukturerade intervjuer och frågeformulär.	n=30  Alla hade överlevt fem år efter diagnosen. Alla hade permanent stomi.	Stomipatienterna behövde stöd av sina partners för att klara av den psykosociala anpassningen.	Hög  28/29
Kasperek, M.S. Hassan, I. Cima, R.R. Larson, D.R. Gullerud, R.E. Wolff, B.G.  USA 2010	Quality of life after rectal excision and coloanal anastomosis for distal rectal cancer: sphincter preservation versus quality of life.	Att undersöka skillnaden i livskvalitet hos patienten som opererats med koloanal anastomos jämfört med rektumanputation.	Kvantitativ ansats  Tvärsnittsstudie	n=168  Åttiofem patienter som Opererades med koloanal anastomos  Åttiotre patienter som opererades med rektumamputation	Patienter som opererats med koloanal anastomos hade mer besvär med obstipation och gastrointestinala problem än patienter som fick stomi  Hos dessa patienter hade männen mindre problem med kroppsuppfattningen än kvinnor. Den sexuella funktionen skattades sämre hos dessa patienter.	Hög  28/29
Schmidt, C. Daun, A. Malchow, B. Kuchler, T.  Tyskland 2010	Sexual Impairment and its Effects on Quality of Life in Patients with Rectal Cancer.	Att belysa livskvaliteten och den sexuella funktionen över tid hos rectalcancer-opererade patienter.	Kvantitativ ansats  En prospektiv studie Två frågeformulär gavs till patienten flera gånger under en två-årsperiod. Före och efter operationen.  (EORTC-QLQ-C-30)	n= 368 n=183 (kvinnor) n=185 (män)	Ju större operation och ju lägre tumören sitter desto mer påverkas sexualiteten	Hög  28/29



<b>Författare Land/år</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitets grad</b>
Ristvedt, S. Trinkaus ,K.M.  USA 2009	Trait anxiety as an independent predictor of poor health-related quality of life and post-traumatic stress symptoms in rectal cancer.	Att undersöka om ångest påverkar patientens hälsorelaterade livskvalitet och post-traumatiska stress.	Kvantitativ ansats  Frågeformulär (FACT-C IES-R)	n=150	Ångest hade en signifikant påverkan på patienten lång tid efter behandlingen.	Hög 29/29
Hendre,S.K. O'Connor, B.I. Liu, M. Asano,T. Cohen,Z. Swallow, C.J. MacRae,H.M. Gryfe,R. McLeod,R.S  Canada 2005.	Prevalence of Male and Female sexual Dysfunction is High Following surgery for rectal Cancer.	Att mäta den sexuella funktionen och livskvaliteten efter en rektal cancer operation	Kvantitativ ansats  Frågeformulär (EORTC-30/38)  Specifika frågor till kvinnor (FSFI) respektive män (IIEF).	n=223  n=100 (kvinnor) n=123 (män).	Många patienter hade redan innan operationen sexuella problem. Sexuella problem är lika vanliga hos män som hos kvinnor. Patienterna får ingen information om sexuella problem som kan uppkomma preoperativt.	Hög 28/29
Holanka,S. Berterö,C.  Sverige 2009	Living with an ostomy: Women`s long term experiences.	Att få ökad kunskap och förståelse för hur det är att leva med stomi, speciellt för kvinnan.	Kvalitativ, Fenomenologisk studie  Intervjuer.	n=17  17 kvinnor som hade stomi.	Några patienter hade besvär med att återgå till vardagen även att acceptera den nya kroppen och livet med stomi.	Hög 24/25
Mäkelä, J.T. Niskasaari, M.  Finland 2006	Stoma care problems after stoma surgery in northern Finland	Att undersöka vilka besvär patienterna har relaterat till den permanenta stomin.	Kvantitativ ansats  Frågeformulär  (115SPSS Social Sicences software.Chicago USA)	n=119  56 kvinnor och 63 men	Många patienter hade besvär relaterat till stomin. Många hade också accepterat sin stomi	Hög 29/29

<b>Författare Land/år</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitets grad</b>
Parmar, K. Zammit, M. Smith, A. Kenyon, D. Lees, N.  England 2008	A Prospectiv Audit of Early stoma Complications in Colorectal Cancer Treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Net work.	Att undersöka förekomsten av tidiga stomi komplikationer efter kolorektal kirurgi och att identifiera behovet av stöd i öppenvården.	Kvantitativ ansats	n=192	Många patienter hade besvär med stomin såsom läckage, fistlar, nekros, separation, hudproblem. Besvär med stomin ledde till längre sjukhusvistelse.	Hög 29/29
William, J. Gwillam, B. Sutherland, N. Matten, J. Hemmingway, J. Ilsey, H. Sommerville, M. Vujnovich, A. Day, S. Redmond, C. Cowin, C. Fox, K. Parker, T.  England 2010	Evaluating skin problems in people with stomas.	Skillnaden i patientens och stomiterapeutens bedömning av den parastomala huden.	Kvalitativ studie ( Stoma Care Ostomy Research (SCOR) index).	n=128	Patienten skattade sin hud bättre än stomiterapeuten. Flera patienter hade besvär såsom irriterad hud, sårig hud, allergi, erosion, läckage,	Hög 25/25

## RESULTAT

Resultatet nedan kommer att presenteras under fyra teman med underkategorier. Temana belyser: Tidiga besvär efter en kolorektalcanceroperation, besvär hos stomiopererade patienter, besvär hos icke-stomiopererade patienter, samt sexuella besvär hos dessa patientgrupper. Två av temana har underkategorier där typ av besvär berörs. Temana är presenterade så att de följer patientens kronologiska process genom sjukdom och vårdkedja.

### Tidiga besvär efter en kolorektaloperation

I studien av Worster och Holms (2009) rapporterade patienterna att de kände en lättnad att operationen var över, att de överlevt och att tumören var bortopererad. För samtliga patienter var det viktigaste att få reda på resultatet av operationen. En patient ville dock inte lyssna på informationen av rädsla för att få ett dåligt besked. Flera patienter beskrev hur svårt det var att förstå informationen i detta skede, och behövde hjälp av sköterskor och familjen för att ta in rätt information. Många patienter upplevde en förlust av sin värdighet tidigt efter operationen. När de många slangarna som dränage, sonder, kateter, dropp och epiduralkaterar avlägsnats kände patienten sig närmare ett oberoende och ett steg mot återhämtning. En del patienter ville dock inte ha besök av sina anhöriga innan alla ”slangar” var avlägsnade. För en del patienter kändes det genant att prata om gasavgång och avföring i samma rum som medpatienterna (Worster & Holms, 2009).

Många patienter besvärades av mardrömmar beroende av morfinpåverkan. En patient sa:  
*”I started to get dreams. Silly dreams, weird dreams and one night I had a really awful nightmare that left me waking up in a pool of sweat and really anxious and I really hated it. It was about 3 o’clock in the morning and I rang for the nurse and said I am having terrible nightmares. She said it is probably the morphine and I said well can you change the drug, and she said well it is giving you pain relief. I said I would rather have the pain than the nightmares.....the doctor prescribed a different drug.....the nightmares stopped”*

(Worster & Holms, 2009, s. 318).

Patienter som inte fick dricka eller inta föda de första postoperativa dagarna kände ett fysiskt och psykiskt obehag. Vårdavdelningens utformning gjorde det svårt för patienten att få vila och sova, speciellt nattetid. Detta resulterade i en extrem frustration och ilska gentemot personalen och mot medpatienter (Worster & Holms, 2009). Andra besvär tidigt efter en

rektalcanceroperation var associerade med sårkomplikationer, svårigheter att äta, anastomosläckage och sårruptur (Siassi, Hohenberger, Lösel & Weiss, 2008).

I en studie där 121 patienter inkluderades hade 75 patienter stomi vid studiens genomförande. Trettiofyra patienter av 121 fick svåra komplikationer postoperativt. Exempel på svåra komplikationer var anastomosläckage och sepsis. Patienter med svåra komplikationer rapporterade signifikant sämre fysisk funktion, mera smärta och påverkan av denna i sin vardag. Patienterna rapporterade även högre grad av fatigue och viktnedgång än patienter med mildare komplikationer (Bloemen, Visschers, Turin, Beets & Konsten, 2009).

## **Besvär hos stomiopererade patienter**

### ***Sår och hud***

I studien av Williams et al., (2010) intervjuade forskarna 128 stomipatienter om deras upplevelse av besvär med huden runt stomin. Patienternas upplevelse av besvär jämfördes med fotodokumentation enligt Stoma Ostomy Care Research (SCOR) index på en skala från mild hudskada till svår hudskada. Den dagen då de blev intervjuade beskrev 84% att de hade ganska bra hud och tolv % att de inte hade så bra hud (fyra% svarade inte). Enligt fotodokumentationen SCOR fann forskarna att endast 32% hade normal hud, resterande hade besvär såsom, irriterad hud, sårig hud, allergi, frätning (erosion) på huden. Åttiofem procent av patienterna hade erfarenhet av läckage dagtid och 79% nattetid under tiden efter stomioperationen. Sjutton procent av patienterna hade regelbundet läckage dagtid och 15% hade regelbundet läckage nattetid. Sjuttiosju procent av patienterna hade erfarenhet av sårig hud. Tjugotre procent hade sårig hud regelbundet (Williams et al., 2010). Parmar, Zammit, Smith, Kenyon och Lees (2008) fann i sin studie 52 patienter med besvärlig stomi, av dessa hade fem patienter hudproblem och 22 patienter hade separation mellan hud och stomi. I en annan studie kunde man påvisa att patienterna ofta klagade över klåda under bandaget och hudproblem runt stomin (Persson & Hellström, 2002).

### **Avföring och gasavgång**

Många patienten var rädda att stomin skulle synas och att gas och odör skulle kännas. Patienterna upplevde också att de inte hade kontroll över avföringen eller gasavgången. Flera av de manliga patienterna som hade ett fysiskt arbete var rädda att skada stomin i jobbet (Persson & Hellström, 2002).

I en studie fick 80 patienter svara på frågor om hälsorelaterad livskvalitet och posttraumatisk stress efter en rektalcanceroperation. Ångest för avföringsläckage var den starkaste indikatorn för både livskvalitet och posttraumatisk stress. Ångest hade även en signifikant påverkan långt efter behandlingen av rektalcancer (Ristved & Trinkaus, 2009). Parmar et al., (2008) fann i sin studie avförings läckage hos fyra patienter och två patienter hade problem med pancacing (avföringen fastnar under stomiplattan).

### **Förändrad kropp**

Patienterna beskrev hur man efter en stomioperation kände sig annorlunda, kände mindre självrespekt och mindre självförtroende. Känslan av avsky för den egna kroppen och en känslomässig chock efter operationen beskrevs, speciellt när bandaget skulle bytas första gången (Persson & Hellström, 2002). En kvinna sa: *"It looks like a piece of raw meat"* (Persson & Hellström, 2002, s 105). Många patienter var bekymrade över sin viktförlust efter operationen. Viktminskningen förstärkte känslan av att se sjuk ut. När patienterna var utskrivna från sjukhuset gick det lättare att titta på stomin i spegeln och i duschen (Persson & Hellström, 2002). Patienten i en fallstudie hade problem med sin kroppsuppfattning och svårt att acceptera att stomin var permanent. Hon var inte heller nöjd med sitt stomibandage (Comb, 2003). Att den kvinnliga kroppen var förändrad, att inte kunna ha åtsittande kläder och vara rädd att stomin skulle synas var ett besvär för patienten (Honkala & Berterö, 2009). Stomipatienter skattade lägre för kroppsuppfattning än icke stomiopererade (Engel, et al., 2003).

### **Det sociala livet**

Osäkerheten med att leva med stomi påverkade det sociala livet. En del patienter hade begränsat sitt sociala umgänge och isolerat sig. En patient uttryckte sig så här: *"I prefer to be alone"* (Persson & Hellström 2002, s. 105). Att vara naken och duscha tillsammans med andra kunde vara ett stort problem. Att simma i simbassäng eller att bada bastu var uteslutet för en del patienter (Persson & Hellström, 2002). Patienten i en fallstudie var i början mest

orlig för sin cancerdiagnos och hade då inga problem att hantera sin stomi, men när oron för cancer släppt fokuserade hon mer och mer på stomin (Comb, 2003).

En del kvinnor brukade gå på gymnastik men kände att efter stomioperationen var rörelseförmågan begränsad. Att ligga på mage var uteslutet på grund av rädsla för läckage. Att alltid behöva planera i minsta detalj och att det inte fanns någon plats för spontanitet var besvärande. Att leva med stomi innebar för patienten att vara flexibel och hitta lösningar i olika sociala situationer (Honkala & Berterö, 2009). Kvinnors psykosociala anpassning efter att ha fått en stomi var beroende av vilket stöd dess partner gav. Emotionellt och psykosocialt stöd var det viktigaste för kvinnan (Altschuler, et al., 2009). Att leva med stomi kunde ge fysiska begränsningar. Både kroppsliga besvär och att ha en stomi kunde vara ett hinder i arbetslivet. Detta ledde till ökad sjukfrånvaro (Honkala & Berterö, 2009). En patient sa:

*“I realised quite soon that it was impossible to have a permanent appointment.... It did not work out...it was most difficult....//...you can not have a job and be away...every other week and...the stoma bag might burst on my way to work and you have to go home take a shower and.... so in reality it doesn't work...”* (Honkala & Berterö, 2009, s. 20).

### **Övriga besvär hos stomiopererade**

Parmar et al.,(2008) undersökte vilka besvär stomi patienterna hade tre veckor efter operationen. Av 192 stomipatienter var 52 bedömda att ha en besvärlig stomi. Besvärlig stomi definierades som; ”En stomi som behövde mer än ett hjälpmedel för att hålla patienten ren och torr under det tre första veckorna efter operationen” (fritt översatt från engelska). Problem som uppstod var fistlar hos två patienter, läckage hos fyra patienter, pancaking (avföringen fastnar på stomi och rinner inte ned påsen) hos två patienter, nekros hos sex patienter, retraktion (tillbakadragning av stomin) hos 28 patienter, separation (glipa mellan hud och tarm) hos 22 patienter, stenoser hos fyra patienter, hudproblem hos fem patienter, parastomalt bräck hos två patienter, och sju patienter hade inte optimal stomi placering. Av stomityperna var det mest besvär med loopileostomierna (Parmar et al.,2008). Mäkelä och Niskasaari (2006) fann att tre-nio år efter en rektalcanceroperation hade 37 av 119 stomikomplikationer såsom 18 stomibräck, sju prolaps, sex retraktioner, sex stenoser. Komplikationerna var vanligare hos kolostomipatienterna än ileostomipatienterna, men ileostomi patienterna hade svårare att hantera sin stomi på grund av besvär av läckage.

## **Besvär hos icke-stomiopererade patienter**

### ***Avföring och gasavgång***

Det oregelbundna tarmtömningsmönstret, vilket var resultatet av en AR, var orsaken till att alla som intervjuades postoperativt beskrev rädslan av att tappa kontroll över tarmen och att bli avföringsinkontinenta (Desnoo & Faithful, 2006). Att alltid behöva ha tillgång till toalett då patienterna hade svårt att skilja på gasavgång och avföring ledde till störd nattsömn. De vanligaste strategierna som användes för att lösa besvären var: koständring, användande av blöjor, hudskyddsmedel, hink bredvid sängen och antidiarré tabletter (Desnoo & Faithful, 2006). Den osäkerhet som tarmfunktionen gav dominerade patientens liv. Det värsta var när patienten inte vågade gå ut och undvek genanta situationer. En patient sa:

*”.....in the beginning we did find it difficult , we didn` t like going anywhere....it did take a couple of months before we did go out”* (Desnoo & Faithful, 2006, s. 248).

Att tala om sina besvär var svårt och generande. Det frekventa tarmtömningsmönstret orsakade rädsla hos många patienter då detta påminde patienten om tiden före operationen och att tumören hade kommit tillbaka (Desnoo & Faithful, 2006). En annan studie visade att patienter opererade med coloanalanastomos (CAA) hade mer problem med obstipation och gastrointestinala problem i jämförelse med patienter som opererats med rektumamputation (APR) (Kasperek et al., 2010). I studien av Schmidt, Daun, Malchow och Kuchler, (2010) hade patienter som genomgått AR allvarligare besvär med diarré upp till tre månader efter kirurgin jämfört med APR patienter.

### ***Efter nedläggning av tillfällig stomi***

I en studie sågs en signifikant ökning av gastrointestinala problem efter stominedläggningen. De största besvären efter stominedläggningen var frekventa toalettbesök, trängningar, diarré inkontinens och läckage av avföring. Många patienter var inte förberedda på besvären som stominedläggningen medförde och patienterna kände sig sämre än de förväntat sig. Det dagliga livet förbättrades inte men intervjudata visade en förbättring gällande kroppsuppfattning. Patienterna upplevde att reaktionen från omgivningen och från ens partner förbättrades efter stominedläggningen (Siassi et al., 2008; Altschuler et al., 2009).

## **Sexuella besvär hos patienter som genomgått en rektalcanceroperation**

Olika operationsmetoder påverkade sexualiteten på olika sätt. Ju större operation och ju lägre ner i tarmen tumören satt desto mer påverkades sexualiteten. Patienter som genomgått APR hade större besvär med sexuella funktionsstörningar än AR-patienter. Dessa besvär ledde till emotionella problem (Schmidt et al., 2010). En del patienter kände sig inte starka nog efter operationen att återuppta sitt sexliv. Andra var rädda att samlaget skulle orsaka smärta (Persson & Hellström, 2002; Comb, 2003). Deltagarna i Persson och Hellström (2002) studie upplevde att deras attraktionskraft hade minskat efter operationen.

I en fallstudie ville patienten återuppta sitt sexualliv men vågade inte på grund av smärta. Hon hade dock en intim och förstående relation med sin man. Patienten fick hjälp med vaginal dilator och vaginal kräm och kunde då återuppta sitt sexualliv. Hon kunde åter känna sig normal (Comb, 2003).

I en studie där forskarna frågat 81 kvinnor och 99 män, kurativt opererade rektalcancerpatienter om deras sexualliv, uppgav 29% av kvinnorna och 45 % av männen att operationen hade försämrat sexuallivet. Specifika sexuella besvär hos kvinnan var sexueldrift, upphetsning, lubrication, orgasm och smärta vid samlag, Specifika besvär hos män var sexualdrift, impotens, partiell impotens, orgasm, och ejakulation. Patienterna kom sällan ihåg att det förts någon diskussion om dessa besvär innan operationen och erbjöds sällan hjälp för dessa besvär. Av 81 kvinnor därav 25 st sexuellt aktiva uppgav 19 stycken att operationen försämrat deras sexualliv. Av dessa hade tio kvinnor opererats med rektumamputation. Åtta av dessa uppgav att stomin hade en negativ påverkan på sexuallivet såsom rädslan att bandaget skulle lossna, att stomin skulle ge ifrån sig ljud, mindre upplevd spontanitet i det sexuella livet och att partnern inte klarade av situationen. Av 99 män uppgav 42 stycken att deras sexualliv blivit försämrat efter operationen. Tjugo patienter var opererade med rektumamputation. Stomin hade en negativ inverkan på sexuallivet hos 87.7% av patienterna i denna grupp. Männen kände sig mindre manliga, impotenta, rädda för odör och ljud från stomin. Kroppsuppfattningen var även ett problem (Hendren et al., 2005 ). I en annan studie visade det sig att män hade mer symtom vad gällde sexuella problem än kvinnor. I samma studie hade få kvinnor valt att svara. (Bloemen et al., 2009).



## DISKUSSION

### Sammanfattning av huvudresultaten

Denna studie visade vilka besvär patienten kunde uppleva efter en rektalcanceroperation. I den tidiga postoperativa fasen upplevde patienten en förlust av sin värdighet. När det många slangarna avlägsnats kände patienten sig närmare ett oberoende och ett steg mot återhämtning (Worste & Holms, 2009). Stomiopererade patienter hade många besvär som de måste bemästra. Många patienter hade problem med avföringsläckage, retraktion, stomibråck, prolaps och hudproblem. Flera patienter hade också en icke optimal stomiplacering. Många patienter beskrev hur man efter en stomioperation kände sig annorlunda, kände mindre självrespekt och mindre självförtroende (Mäkele & Niskasaari, 2005; Parmar et al., 2008; Williams et al., 2010; Persson & Hellström, 2002; Comb, 2003; Honkala & Berterö, 2009; Engel et al., 2003; Altschuler et al., 2009; Ristved & Trinkhaus, 2009). Hos icke stomiopererade patienter var det oregelbundna tarmtömningsmönstret ett dominerande problem. Att inte kunna skilja på gasavgång och avföring var ett besvär. Patienterna i denna grupp hade mer gastrointestinala besvär i jämförelse med stomiopererade patienter. Patienter som lagt ner en tillfällig stomi var inte förbereda på de besvär som stominedläggningen medförde. (Altschuler et al., 2009; Siassi et al., 2008; Desno & Faithful, 2006; Kasperek et al., 2010). Sexualiteten påverkades av operationen. Ju större operation och ju lägre ner i tarmen tumören satt desto mer påverkades sexualiteten. Dessa besvär ledde för många patienter till emotionella problem (Bloemen et al., 2009; Hendren et al., 2005; Comb, 2003; Schmidt et al., 2010).

## **Resultatdiskussion**

Uppsatsförfattarna kunde vid granskning av utvalda artiklar påvisa många besvär hos patienter som opererats för rektalcancer. Uppsatsförfattarna kommer att diskutera resultaten i tidigare nämnda teman och kategorier.

### **Tidiga besvär efter en rektalcanceroperation**

Resultatet i en studie visade att det var viktigt för patienterna att få reda på utgången av operationen. Flera patienter beskrev hur svårt det var att förstå informationen och behövde hjälp av sjuksköterskor och familj för att ta in rätt information. Många patienter var också rädda att få ett dåligt besked (Worster & Holms, 2009). Enligt uppsatsförfattarnas kliniska erfarenhet är det viktigt att lämna information vid upprepade tillfällen för att patienten ska kunna förstå vad informationen innebär.

Sjuksköterskans har här en unik möjlighet att komma patienten nära och försäkra sig om att patienten förstått informationen (Reitan, 2003 b). Reitan (2003b) skriver också om sjuksköterskans möjlighet att bemöta patientens behov av information och förmedla förtroende och trygghet. Sjuksköterskans uppgift är att stödja patienten och ta reda på vilken information patienten behöver (Reitan 2003 b).

Resultatet visade också att många patienter upplevde en förlust av värdighet under tiden de hade dränage och olika infarter som dropp och katetrar. När dessa avlägsnats kände patienten ett steg mot oberoende och återhämtning (Worster & Holms, 2009). I litteraturen kan man läsa att det är viktigt för sjuksköterskan att understödja patientens egna krafter och patientens förmåga att hantera situationen (Nortvedt, 2002). Att genomgå ett kirurgiskt ingrepp upplevs av många patienter som en hotfull situation. Preoperativ information om själva ingreppet och om andra obehag har visat sig medföra ett bättre postoperativt förlopp (Fagermoen, 2002).

I resultatet framkommer att till svåra komplikationer efter rektalcancerkirurgi räknas anastomosläckage och sepsis (Bloemen et al., 2007; Siassi et al., 2008). Uppsatsförfattarna vet genom mångårig erfarenhet att anastomosläckage är en av de mest fruktade komplikationerna efter rektalcancer kirurgi. I Sverige drabbas tre-fjorton % per år av anastomosläckage (ROC, 2008). Sjuksköterskan måste därför ha kompetens att observera patientens kliniska tillstånd vad gäller förbättringar och försämringar (Nortvedt, 2002).

## **Besvär hos stomiopererade patienter**

Resultatet i denna studie visade att patienterna hade många besvär efter en stomioperation. (Bloemen et al., 2009; Mäkälä & Niskasaari, 2005; Parmar et al., 2008; Persson & Hellström, 2002; Williams et al., 2010; Honkala & Berterö, 2009; Altsculer et al., 2009). I Studiens resultat beskrevs också patientens tidiga besvär såsom avföringsläckage, stominekros, retraction av stomin, separation, stenosis, hudproblem, parastomaltbråck och en icke optimalt placerad stomi, bråck (Parmar et al., 2008). Enligt Lyon och Smith (2001) beskrivs parastomalt bråck som en sen komplikation. Orsaken till att parastomalt bråck beskrivs som en tidig komplikation i föreliggande resultat kan vara att det i litteraturen inte finns någon klar definition av parastomalt bråck (Israelsson, 2005). Ovanstående besvär beskrivs i litteraturen som vanligt förekommande hos stomiopererade patienter (Persson, 2008). Enligt uppsatsförfattarna bör en sjuksköterska på en tarmkirurgisk enhet besitta kunskap i att identifiera och rapportera dessa besvär. Komplikationer kan få stora konsekvenser för den enskilde individen i den nya livssituation som stomioperationen kan innebära (Persson, 2008).

Resultatet i denna studie visade också att patienterna hade stomibråck, prolaps, retraktioner och stenoser och att dessa komplikationer var vanligare hos kolostomipatienter än ileostomipatienter, men att ileostomipatienter hade svårare att hantera stomin på grund av avföringsläckage (Mäkälä & Nikassari 2005). Lyon och Smith (2001) beskriver i litteraturen att ju högre upp i tarmen stomin sitter desto mer enzymrik blir avföringen. När den enzymrika avföringen når huden bryts proteiner och fett ner och det uppstår hudskador, vilket kan leda till en svårhanterlig stomi.

## **Sår och hud**

Resultatet av denna studie visade att patientens upplevelse av besvär med huden runt stomin skattades bättre av patienten själv än av sjuksköterskan. 128 stomipatienter intervjuades om deras upplevelse av besvär med huden runt stomin. Åttiofyra procent av patienterna upplevde att huden runt stomin var normal. Vid uppmätt hudstatus enligt SCOR fann man att endast 32% av patienterna hade normal hud (William et al., 2010). Enligt Nordisk standard för stomivård accepterade patienterna en viss grad av hudbesvär innan patienten sökte hjälp för dessa besvär (Olsen, et al 2004). Det var också viktigt att patienten fick kunskap i hudvård och stomibandagering. Hudproblem är ett av de vanligaste stomirelaterade besvär enligt Lyon, och Smith (2001). Enligt uppsatsförfattarna ses ett samband mellan låga stomier och

hudproblem då läckage är vanligare vid låga stomier. Vår kliniska erfarenhet förstärks i litteraturen av Lyon (2001.)

### ***Avföring och gasavgång***

I flera studier som inkluderas i resultatet beskrevs patienternas rädsla över att inte ha kontroll över avföring och gasavgång (Persson & Hellström, 2002; Honkola & Bertsö, 2009; Ristved & Trinkaus, 2009). Att leva med stomi kunde ge fysiska begränsningar. Många av de manliga patienterna som hade ett fysiskt arbete var rädda att skada stomin i jobbet. Resultatet visade också att en stomi kunde vara ett hinder i arbetslivet. (Honkala & Berterö, 2009; Persson & Hellström, 2009). I resultatet kunde man påvisa att ångest för avföringsläckage var den starkaste indikatorn för både livskvalitet och posttraumatisk stress (Ristved & Trinkaus, 2009).

Sjusköterskan bör därför kartlägga de praktiska besvär som sjukdom och behandling leder till för patienten. För att stödja möjligheten till coping måste sjuksköterskan utgå ifrån patientens egna resurser. Genom problemorienterad coping kan man stödja patienten i att genom handling och betende lösa besvär eller anpassar sig till besvären som uppstår (Reitan, 2003a).

### ***Förändrad kropp***

Resultatet i flera studier visade att patienter som får stomi hade problem med kroppsuppfattningen (Altschuler et al., 2009; Comb, 2003; Engel et al., 2003; Persson & Hellström, 2002). I resultatet beskriver Persson och Hellström (2002) också hur alla som blev intervjuade kände en avsky för sin kropp, att man kände sig annorlunda, kände mindre självrespekt och fick minskat självförtroende. Schölberg (2003) beskriver i litteraturen att det inte är ovanligt att patienter reagerade med ilska över kroppen som var förändrad. Här har sjuksköterskan en unik möjlighet att undervisa och stödja patienten och dess närstående inför hemgång och anpassning till det sociala livet (Reitan, 2003a). I resultatet beskrev patienterna hur viktförlusten förstärkte känslan av att vara sjuk (Persson & Hellström, 2002). Viktförlust kan ge ett förändrat utseende och även en känsla av att ha förlorat kontrollen över situationen skriver Schölberg, (2003). Ett av cancerpatienternas största problem var att förlora kontrollen över sin kropp och sitt liv. Känslan av maktlöshet kan då bli stor skriver Reitan, (2003b).

### ***Det sociala livet***

Flera studier i resultatet visade att det sociala livet påverkades efter en stomioperation (Altschuler et al., 2009; Comb, 2002; Honkola & Berterö, 2009; Persson & Hellström, 2009). En del patienter hade begränsat sitt sociala umgänge och isolerat sig (Persson & Hellström, 2002). När en persons vardag drastisk förändras på grund av sjukdom och ohälsa förändras hela människans livssituation. Denna förändring kan innebära ett hot mot hans/hennes totala existens. Att inte kunna fullfölja olika sociala uppdrag blir för många ett stort besvär skriver Eriksson, (2003).

### **Besvär hos icke stomiopererade patienter**

Resultatet visade att patienterna hade oregelbundna tarmtömmningsmönster, vilket var ett resultat av AR. Den osäkerhet som tarmfunktionen gav dominerade patientens liv (Desnoo & Faithful, 2005; Kasperek et al., 2010; Schmidt et al., 2010). I det nationella vårdprogrammet beskrivs målet med sfinkterbevarande kirurgi, där det är viktigt att bevara den anala funktionen utan att på något sätt försämra det onkologiska resultatet. Trots detta drabbas en del patienter av ett ”anterior resection syndrom” som ger symtom som täta trängningar till avföring och inkontinens. Frekventa avföringar avtar dock med tiden, men flera år efter operationen kan vissa patienter ha fyra till fem avföringar per dag (ROC, Kolorektal cancer, 2008). I resultatet menar (Kasperek et al., 2010) att patienter opererade med CAA hade mer problem med obstipation och gastrointestinala problem i jämförelse med patienter som opererats med APR. Uppsatsförfattarna anser därför att det är viktigt att belysa dessa besvär för patienten vid den preoperativa informationen, framförallt när man diskuterar valet mellan stomi-icke stomi.

### ***Efter nedläggning av tillfällig stomi***

Flera studier i resultatet visade att patienterna inte var förberedda på de problem som en stominedläggning medförde. De största besvären som stominedläggningen medförde var frekventa toalettbesök, trängningar, diarrer, inkontinens och läckage av avföring (Altschuler et al., 2009; Siassi et al., 2008.) Detta förstärks i Taylor och Morgan (2010) studie där forskarna skriver att dessa besvär är vanligt förekommande efter nedläggning av en tillfällig stomi. Besvären påverkade patienten negativt både psykiskt, fysiskt och socialt i flera månader efter nedläggningen. Det är därför viktigt att följa upp dessa patienter noggrant efter stominedläggningen (Taylor & Morgan, 2010).

## **Sexuella besvär hos patienter som genomgått en rectalcanceroperation**

Resultatet visade att olika operationmetoder påverkade sexualiteten på olika sätt. Ju större operation, ju lägre ner i tarmen tumören sitter desto mer påverkan på sexualiteten (Schmidt et al., 2010). I en studie där forskarna frågat 81 kvinnor och 99 män, kurativt opererade rectalcancer patienter om deras sexualliv, uppgav 29% av kvinnorna och 45 % av männen att operationen hade försämrat sexuallivet. Stomin hade en negativ inverkan på sexuallivet. Männen kände sig mindre manliga, impotenta och var rädda för odör och ljud från stomin (Hendren et al., 2005 ). I en fallstudie var kvinnan rädd att återuppta sitt sexualliv på grund av rädsla för smärta. Kvinnan fick hjälp och stöd med att använda en vaginal dilator och glidmedel och kunde därefter återuppta sitt sexualliv (Comb, 2003). Patienterna kom sällan ihåg att det förts någon diskussion om dessa problem innan operationen och erbjöds sällan hjälp för dessa besvär (Henden et al., 2005 ). Patienterna hade ofta svårt att ta upp frågor som gällde sexualitet. Berntsson, (2008) skriver i litteraturen om vikten av att diskutera dessa frågor med öppenhet gentemot patienten.

Kommunikation är sjuksköterskans viktigaste redskap (Borg, 2003). Det är därför viktigt att sjuksköterskan kan föra en öppen diskussion om sexuella besvär. En amerikansk psykolog introducerade 1974 PLISSIT (Permission, Limited information, Specific Suggestion, Intensive Therapy), en modell som skulle fungera som ett stöd för vårdpersonalen i arbetet med patienter som hade sexuella problem. Enligt Nordisk standard ska detta redskap användas i klinisk verksamhet av stomiterapeuter (Berntsson et al., 2004).

## **Metoddiskussion**

Litteratursökningen utfördes i databaserna CINAHL och PubMed. Under tiden som uppsatsen skrevs insåg uppsatsförfattarna att en bredare sökning där *kolorektalcancer* använts som sökord istället för *rektalcancer* hade tillfört studien ett större urval av artiklar. Detta innebär att vid en ny och bredare sökning skulle fler artiklar ha hittats och därmed skulle sannolikt resultatet att påverkats. Artiklarna som användes i resultatet var på engelska och publicerade mellan 2002-2010. Detta för att få del av den senaste forskningen, då cancervården står under en ständig förändring. Innehållet och översättningen diskuterades av författarna för att få en så bra tolkning som möjlig, men risken för viss feltolkning på grund av språkförbistringar kan föreligga.

Författarna fann flera intressanta abstract skrivna på engelska men eftersom artiklarna i fulltext var skrivna på ett annat språk exkluderades dessa. Denna exkludering kan också ha

påverkat vilka besvär som belyses i denna litteraturstudie. Artiklar publicerade utanför Sverige valdes, då författarna ansåg att andra länders vårdutveckling för denna patientgrupp var av intresse för studien, vilket kan ses som en styrka då uppsatsförfattarnas perspektiv vidgades.

Författarna inkluderade både kvantitativa och kvalitativa artiklar i resultatet. I de kvantitativa artiklarna hade patienten många olika besvär, men patientens upplevelse av besvären beskrevs sällan. Därför hade uppsatsförfattarna önskat mer kvalitativa artiklar i denna litteraturstudie.

Besvären som framkom i resultatet från de kvantitativa studierna skulle kunna generaliseras till studerad patientgrupp enligt uppsatsförfattarna då samma typ av besvär var återkommande i nästan samtliga studier. I flera av de kvantitativa studierna användes samma eller likartade instrument också för att mäta patientens besvär. Detta kan ha haft betydelse för samstämmigheten i resultatet.

Eftersom uppsatsförfattarna har lång klinisk erfarenhet av denna patientgrupp kan vår förståelse för denna patientgrupps besvär innan denna studie gjordes ha påverkat vårt tillvägagångssätt. Valet av artiklar och tolkning av resultatet kan till exempel ha påverkats, då det finns en risk att uppsatsförfattarna sökte och tolkade in det uppsatsförfattarna har erfarenhet av.

## **Konklusion**

Studien har visat att det är viktigt att patienten är förberedd på de eventuella besvär som kan förekomma efter operationen och att patienten kan bemästra dessa besvär själv eller med hjälp och stöd från vårdpersonal. Sjuksköterskan bör ha kompetens att identifiera patientens fysiska, psykiska och emotionella tillstånd. Uppsatsförfattarna tror att sjuksköterskan bör få en mer informativ roll vid mötet med denna patientgrupp. Vår förhoppning är att riktlinjer ska kunna utarbetas för att ge patienten en god information vid utskrivningen från vårdavdelningen samt en väl planerad uppföljning efter en rektalcanceroperation. Uppsatsförfattarna menar att denna patientgrupp är i behov av en specialistsjuksköterska som besitter en bred kunskap inom rektalkirurgisk och onkologisk omvårdnad. Specialistsjuksköterskan uppgift bör vara att stödja patienten genom hela vårdprocessen.

### **Förslag till vidare forskning**

Uppsatsförfattarna anser att mer kvalitativa studier behövs för att få ökad kunskap om patientens upplevelse av besvär efter en rektalcanceroperation. Betydelsen av vårdpersonalens förmåga att informera och kommunicera med patienten är enligt uppsatsförfattarna ett intressant område för vidare forskning. Av intresse är också att studera när i vårdförloppet patienten är mottaglig för information. Även andra studier är av intresse, där forskaren till exempel kan följa sårläkningen efter en rektumamputation och patientens upplevelse av denna.



## Litteraturförteckning

- \*Altschuler, A., Ramirez, M., Grant, M., Wendel, C., Horbrook, M. C., Herrington, L., et al. (2009). The Influence of Husband`s or Male Partners` Support on Women`s Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting from Colorectal Cancer. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(3), 299-305.
- Arnesen, A. (2003). Omvårdnad vid cancer i mag-tarmkanalen. I T. Kr. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* (s. 348-354). Stockholm: Liber.
- Balch, G. C., De Meo, A., & Guillem, J. G. (2006 maj). Modern management of rectal cancer. *World journal of gastroenterologi*, 3186-3195.
- Berntsson, I. (2008). Sexualitet och fertilitet. I E. Persson, I. Berntsson & A-C. Hallström (Red.), *Stomi- och tarmopererad* (ss. 187-208). Författarna och Studentlitteratur.
- Berndsson, I., Palselius, I., Olsen, T., Alstad, B., Thomsen, L., Bach, K.. (2004). Nordisk Standard för stomivård: Sexualitet och den stomiopererade patienten. *Nordisk stomisamarbete*
- \*Bloemen, J. G., Visschers, R.G. J., Turin, W., Beets. L. G., Konsten, J. L. M. (2009). Long-Term Quality of Life in Patients with Rectal Cancer: Association with Severe Postoperative Complications an Presence of a Stoma, *Dis Colum Rectum*, 52 (7), 1251-1258.
- Borg, T. (2003). Sexualitet. I T. Kr. Shölberg ( Red.), *Onkologisk omvårdnad* (ss. 81-87). Stockholm: Liber.
- \* Comb, J. (2003). Role of stoma care nurse: patient with cancer and colostomy. *British journal of nursing*, 12 (14), 852-856.
- Johan Cullberg, J. (1996). *Kris och utveckling*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Cullberg Weston, M. (2001). *När beskedet är cancer*. Stockholm: Wahlström & Widestrand.

\* Desnoo, L., Faithful, S. (2006). A qualitative study of anterior resection syndrome: the experience of cancer survivors who have undergone resection surgery. *European Journal of cancer care*, 15, 244-251.

\*Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, J., Eckel, R., Sauer, H., Hölzel, D. (2003). Quality of life in Rectal Cancer patients. *Annals of surgery*, 238 (2), 203-213.

Eriksson, K. (2003). *Den lidande människan*. Trelleborg: Liber.

Fagermoen, M. S. (2002). Patientundervisning. I H. Almås( red.), *Klinisk omvårdnad* 1 (ss. 12-30). Stockholm: Liber.

Forsberg, C. W. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2:a uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

van Gijn, W., van de Velde, C.J. H. (2010 september). 2010 SSO John Wayne Clinical research Lecture: Rectal Cancer Outcome Improvements in europe: Population-Based Outcome registrations will Conquer the world. *Annals of Surgical Oncology*. doi : 10.1245/s10434-010-1326-3

Glimelius, B. (2008). Gastrointestinal cancer. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson, (Red.) *Onkologi* (2:a uppl.) (s. 361-368). Stockholm: Liber.

Granheim, U. B. (2003 Oktober). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today*, ss. 105-112 .

\*Hendren, S. K., O`Connor, B.I., Liu,M., Asano, T., Cohen, Z., Swallow, C.J., et al. (2005 ). Prevalence of Male and Female Sexual Dysfunction is High Following Surgery for Rectal Cancer. *Annals of Surgery*, 242 (2), 212-223.

\*Honkala, S. B., Berterö, C. (2009). Living with an Ostomy: Women`s long term experiences. *Vård i norden*, 29 (2), 19-22.

Israelsson, L.A.(2005 juni) Preventing and Treating Parastomal Hernia. WORLD Journal of SURGERY, 29 , 1086-1089.

\*Kasperek, M. S., Hassa, I., Cima, R. R., Larson, D. R., Gullerud, R. E., Wolf, B. G. (2010 April). Quality of life after rectal excision and colanalastomosis for distal rectal cancer: Sphincter preservation versus quality of life. *Colorectal Disease*. doi: 10.1111/j.1463-1318.02347.x

Lindfors, U., & Holm, T. ( 2007 april). Kolorektalcancerkirurgi och dess utveckling i Sverige står sig väl i internationell jämförelse. *Gastrokuriren*, 23-27.

Lindmark, G. (2001). Kolon och rektum. I B. Jeppson, H.-I. Peterson, & B. Risberg (Red.), *Kirurgi* (ss. 233-255). Lund: Studentlitteratur.

Lyon, C. C., Smith, A. J. (2001). *Abdominal Stomas and their skin disorders*. London: Martin Dunitz ltd.

Martling, H. J. (2001 augusti ). The Stockholm II trial on preoperative radiotherapy in rectalcarcinoma: long term follow-up of a population-based study. *Cancer* , 896-902.

\*Mäkelä, J. T., Niskasaari, M. ( 2006 ). Stoma care problems after stoma surgery in northern Finland. *Scandinavian Journal of Surgery*, 95, 23-27.

National Comprehensive Cancer Network ( NCCN), ( 2010 ). Hämtat från 10-10-15 [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)

Nortvedt, P. (2002). Klinisk omvårdnad-realiteter och utmaningar. I H. Almås ( Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (ss. 1-11). Stockholm: Liber.

Olsen, T. T. (2004). *Nordisk standard för Stomivård. postoperativa standarder*. Göteborg: Nordiskt samarbete.

\*Parmar K., Zammit, M., Smith, A., Kenyon, D., Lees, N. (2010). A Prospective Audit of Early Stoma Complications in Colorectal cancer Treatment Throughout the Greater Manchester And Cheshire Colorectal Cancer Network. *Colorectal Disease*, doi: 10.1111/J.1463-1318.2010.02325.x

\*Persson, E., Hellström, A-L. (2002 Mars). Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery. *Ostomy care* , 103-108.

Persson, E. (2008). Stomirelaterde komplikationer. I E. Persson, I. Berntsson & E. Carlsson. ( Red.), *Stomi- och tarmopererade ( ss 83-88)*. Författarna och studentlitteratur.

Potter, J. D. ( 1999 juni ). Colorectal Cancer: Molecules and Populations. *Journal of the National Cancer Institute*, 916-932.

Reitan, A. (2003 b). Kommunikation. I T. Kr. Schölberg (Red. ), *Onkologisk omvårdnad* (ss. 63-80). Stockholm: Liber.

Reitan, A. (2003 a). Kris och coping. I T. Kr. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* (ss. 45-62). Stockholm: Liber.

Regionalt Onkologiskt Centrum. (2008). *Kolorektal cancer: Nationellt vårdprogram*. Umeå.

Regionalt Onkologiskt Centrum. (2009). *Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer*. Umeå.

\*Ristved, S. T., Trinkaus, K. M. (2009). Trait anxiety as an independent predictor of poor health-related quality of life and post-traumatic stress symptoms in rectal cancer. *Br J Health Psychol.* , 14 (4), 701-715.

Sarna, L. (1998 juli). Effectiveness of structured nursing assesment of syptoms distress in advanced lung cancer. *Oncol Nurse Forum* , ss. 1041-1048.

\*Schmidt, C. D., Daun, A., Malchow, B., Kuchler, T. (2010). Sexual Impairment and Its Effects on Quality of life in Patients with Rectal Cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107 (8), 123-130.

Schölberg, T. K. (2003). Fatigue-cancerrelaterad trötthet. I T.Kr., Shölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* (ss. 122-129). Stockholm: Liber.

Schölberg, T. Kr. (2003). Förändrad kroppsbild. I T. Kr. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* ( ss. 88-97 ). Stockholm: Liber.

SFS 1984:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Riksdagen.

\*Siassi, M., Hohenberger, W., Lösel, F., Weiss, M. (2008). Quality of life and patient's expectations after closure of a temporary stoma. *Int J Colorectal Dis*, 23, 1207-1212.

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för kolorektalcancersjukvård. Hämtad 2010-10-01 från socialstyrelsen:*  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer/2007/2007-114-52](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/2007/2007-114-52)

Strang, P. (2004). *Att leva nära cancer-när du eller någon närstående har fått beskedet om cancer*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Taylor, C., Morgan, L. (2010 Juni). Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *European journal of Oncology nursing* , 1-8.  
doi:10.1016/j.ejon.2010.06.002

Valand, E. F., Fodstad, G. (2002). Generell onkologisk omvårdnad. I H. Almås (red) *Klinisk omvårdnad* (ss. 247-270). Stosckholm: Liber.

Wastesson, E., Nordin, K., Hoffman, K., Glimelius, B., Sjöden, P-O. ( 2002). Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer. *Psycho-Oncology*, 11, 1-11.  
doi: 10.1002/pon.542

\*Williams, J., Gwillam, B., Sutherland, N., Matten, J., Hemmingway, J., Ilsey, H., et al. (2010). Evaluating skin care problems in people with stoma. *British Journal of nursing* , 19 (17),. 6-15.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2006) Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

\*Worster, B. H. (2009). A phenomenological study of postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 13 , 315-322.

\*Artiklar som är med i resultatet.

**Kvantitativa studier**

	<b>Fråga</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

**Maxpoäng:**

29

**Erhållen poäng:** ??**Kvalitet:** låg                      medel                      hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

## GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING forts.Bilaga III

**Kvalitativa studier**

	<b>Fråga</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

**Maxpoäng:** 25

**Erhållen poäng:** ??

**Kvalitet:** låg                      medel                      hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)