

Postoperativ sårinfektion efter rektumamputation

- Patientens upplevelser

FÖRFATTARE	Kristin Andersson Karin Hassel
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot onkologisk vård Examensarbete i omvårdnad OM5370 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingalill Koinberg
BIHANDLEDARE	Berith Wennström
EXAMINATOR	Christina Melin Johansson

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Förord

Tack till FoU centrum för ekonomiskt stöd under genomförandet av vår studie samt tack till Anna Johansson och Lotta Kempe vid stomimottagningen Skaraborgs Sjukhus Skövde.

Vi vill också framföra ett tack till studiedeltagarna som gjort denna studie möjlig.

Titel (svensk):	Postoperativ sårinfektion efter rektumamputation - Patientens upplevelser
Titel (engelsk):	Postoperative wound infection after proctectomy – The patient’s experiences
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot onkologisk vård. Examensarbete i omvårdnad OM5370 VT 2014
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	33 sidor
Författare:	Kristin Andersson Karin Hassel
Handledare:	Ingalill Koinberg
Bihandledare:	Berith Wennström
Examinator:	Christina Melin Johansson

Sammanfattning

Postoperativ sårinfektion efter rektumamputation – Patientens upplevelser

Bakgrund: Att drabbas av en perineal sårinfektion efter en rektumamputation orsakar ett ökat lidande för patienten med symtom som smärta, läckage, abscesser, förlängd sårhäkning och fistelbildning. Dessa komplikationer resulterar ofta till förlängd sjukhusvistelse och långa perioder av omläggningar som kräver besök på mottagning eller hemsjukvård. Vidare finns en ökad risk för att eventuell adjuvant cytostatikabehandling fördröjs. Detta i sin tur kan påverka långtidsöverlevnaden. **Syfte:** Att beskriva patientens upplevelser av perineal postoperativ sårinfektion efter en rektumamputation på grund av rektalcancer, samt vilken betydelse sjuksköterskans kommunikation och egenvårdsstöd har för dessa patienter. **Metod:** En intervjustudie där analys har genomförts med kvalitativ innehållsanalys **Resultat:** Av de tio genomförda intervjuerna framkom fyra övergripande kategorier. *”Hantera postoperativa komplikationer”*, *”Vara självständig”*, *”Känna sig trygg”* samt *”Acceptera situationen”*. Förmågan att vara självständig förändras drastiskt men genom kontinuitet och stöttning i vårdandet skapas trygghet och acceptans till situationen. Information och utbildning i egenvård är exempel på stödjande åtgärder dessa patienter finner värdefullt. **Diskussion:** Resultatet påvisar en hög grad av samstämmighet från studiedeltagarna där många lider av en

perineal infektion under flera månader och upp till flera år. Ett kliniskt behov finns därför av ett specialiserat omhändertagande, ett åtgärdsprogram som bör starta vid utskrivning från vårdavdelningen och till dess patienten/personen är återställd.

Nyckelord: *Postoperativ sårinfektion, rektumamputation, patientupplevelser*

Abstract

Postoperative wound infections after proctectomy – The patient's experiences

Background: Poor perineal wound healing and infections after proctectomy surgery, affect a significant proportion of physical and psychological morbidities such as pain, leakage and abscesses. In its lengthening some of these symptoms will lead to extended periods of hospitalization. These kind of postoperative complications are also associated with delays in eventual chemotherapy treatment **Aim:** To describe the patients experiences of postoperative wound infection as well as communication and self-care support from the nurse specialist after proctectomy due to rectal cancer. **Method:** A qualitative content analysis was carried out from interviews. **Results:** Four main categories emerged; “*Coping with postoperative complications*”, “*be independent*”, “*feel safe*”, and “*accept the situation*”. The ability to be independent change drastically for the patient, but through continuity in care it is possible to create a feeling of being safe. Information/communication as well as self-care training are all important and valuable factors for recovery. The limitations and changes in their lives turn into a new daily routine which forces them to find a new way to live and to accept the situation. **Discussion:** The findings show a high degree of consistency among the individuals who participated in the study. For many of them the infections remained for several months and sometimes, for years. A specialized care containing an action plan is needed in clinical practice in order to reduce the number of perineal wound infections postoperatively and should be initiated when the patient is discharged from the ward and until recovery.

Key words: *Postoperative wound infections, proctectomy, patient experiences*

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Rektalcancer	1
Postoperativ sårinfektion efter rektumamputation	3
Information.....	4
Kommunikation.....	5
Egenvård.....	6
Specialistsjuksköterskans roll inom onkologiskvård.....	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Hantera postoperativa komplikationer	12
Att hantera tidiga komplikationer.....	13
Att leva med långvariga komplikationer	14
Vara självständig	15
Att vara beroende av hjälp.....	15
Att känna sig isolerad	15
Att vara begränsad.....	16
Att utföra egenvård.....	17
Känna sig trygg	17
Att uppleva kontinuitet	17
Att bli sedd	18
Att känna stöd.....	18
Att få information	19
Acceptera situationen	19
Att ha en inställning	19
Att stomin blir ett sekundärt problem.....	20

Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	22
Hantera postoperativa komplikationer	22
Vara självständig.....	23
Känna sig trygg	24
Acceptera situationen.....	24
Slutsats	25
Kliniska implikationer.....	25
Framtida forskning	26
Litteraturförteckning	27
Bilaga 1	30
Bilaga 2	33

Inledning

Som sjuksköterskor på kirurg- respektive onkologimottagning möter vi patienter med rektalcancer i olika skeden av sin sjukdom, från diagnos till operation och onkologisk behandling. De patienter som är rektumamputerade och utvecklat en postoperativ sårinfektion utsätts för ett ökat lidande. Besvärande symtom som bland annat läckage och smärta från sårområdet påverkar välbefinnandet negativt då antalet kontakter med sjukvården ökar och fortsatta onkologiska behandlingar kan bli fördröjda. Vid Skaraborgs Sjukhus i Skövde har en retrospektiv journalgranskning resulterat i en studie som undersökt förekomsten av postoperativa sårinfektioner efter rektumamputation mellan år 2007-2012 (Hassel, Wennström, Sjöskog & Skullman, 2013). Anledningen till detta var att stomisjuksköterskorna slog larm om att de upplevde att denna patientgrupp hade alltför stora och långdragna komplikationer perinealt efter sin operation. Granskningen visade att av 41 patienter, utvecklade 32 patienter postoperativa infektioner och 29 hade en förlängd sårhäkning. Målsättningen med vår magisteruppsats är att fånga patientens upplevelse av dels, hur det är att leva med en postoperativ sårinfektion samt hur information/kommunikation och egenvårdsstöd upplevts från sjuksköterskan. Ett nytt åtgärdsprogram har startat för att minska antalet postoperativa sårinfektioner och vår förhoppning är att vi efter studien kan utarbeta ett bättre omhändertagande för dessa patienter som är i behov av specialiserad omvårdnad.

Bakgrund

Rektalcancer

Colorektalcancer är den fjärde vanligaste cancerformen i Sverige efter prostatacancer, bröstcancer och hudcancer och är i Sverige vanligare bland män än bland kvinnor. År 2012 fick 2099 personer diagnosen rektalcancer och av dessa var 1 242 personer män. Merparten av diagnostiserade fall av rektalcancer sker efter medelåldern där cirka 100 fall debuterar före 50 års ålder. Enligt Svenska rektalcancerregistret (2012), är medianåldern 74 år vid upptäckt. Antalet som dör i rektalcancer per år är 805 personer. Under de senaste årtiondena har prognosen för rektalcancer förbättrats, tack vare bättre diagnostik och behandling. Forskning kring screening metoder för att upptäcka sjukdomen i tid och därmed minska dödligheten pågår. Riskfaktorer för rektalcancer är inte helt kartlagda men högt intag av fett, fiberfattig mat, rött kött, rökning, alkohol och övervikt är möjliga orsaker (Socialstyrelsen, 2013). De flesta fall av rektalcancer utgörs av adenocarcinom utgåendet från ett tubulärt, villöst eller

tubulovillöst adenom. Rektalcancer är oftast sporadiskt förekommande utan ärftlig belastning. De personer som bildar ett stort antal polyper i ändtarmen kan ha en högre risk att utveckla rektalcancer. Ulcerös proktokolit och proktit efter strålbehandling mot till exempel prostata eller cervixcancer är kända riskfaktorer för att utveckla adenocarcinom i rektum. Karcinoid är ovanligt och utgör endast någon procent av maligna tumörer i rektum. Ett tidigt stadium av sjukdomen ger sällan symtom. De tidiga symtomen vid rektalcancer är blödning från rektum, slem och blod i avföringen, senare kommer växlande avföringsvanor, smal avföring och trängningsinkontinens för gaser och/eller avföring (Jeppson, Peterson & Risberg, 2010).

Tumören delas in i olika stadium. Att klassificera cancertumören i det stadium sjukdomen befinner sig i ger vägledning för adekvat behandling och prognos. UICC (International union against cancer, 2013) har arbetat fram TNM klassifikation för maligna tumörer och är den internationellt accepterade stadie indelningen för tumörer. T(Tumor) beskriver tumörens lokala växt. N(Nodes) ger en beskrivning om det finns lymfkörtlar som är angripna av cancer. M(Metastasis) beskriver om primärtumören metastaserat. Den sammanlagda TNM klassifikationen ger aktuellt tumörstadium och delas in i siffror. Stadium I och II innebär att tumören är begränsad till eller har vuxit igenom tarmväggen. Stadium III innebär att tumören spridit sig till angränsande lymfkörtlar. Dessa 3 stadier kan oftast opereras med god överlevnad. Stadium IV innebär att tumören spridit sig till andra delar av kroppen i form av metastaser och operation är inte alltid en möjlighet i de fallen (UICC, 2013).

Kirurgi är den viktigaste åtgärden i botande syfte vid behandling av rektalcancer. Vid rektalcancer föregås operation oftast av strålbehandling ibland också i kombination med cytostatikabehandling i syfte att minska risken för lokala recidiv. Strålbehandling kan dock öka riskerna för komplikationer, exempelvis sårinfektioner. Även postoperativt erbjuds patienten efterföljande behandling med cytostatika beroende på tumörens stadium i syfte att minska riskerna för recidiv och metastaser. Vilken typ av operation som är mest effektiv beror på var i rektum tumören är belägen. Abdomino Perineal Resection (APR) innebär att rektum, mesorektum, analkanalen och delar av bäckenbotten tas bort samt att patienten får en permanent kolostomi. Denna metod används för tumörer i nedre rektum, nära analkanal eller vid avancerade tumörer som växer in i bäckenbotten eller sacrum (Socialstyrelsen, 2013).

Postoperativ sårinfektion efter rektumamputation

När bakterier kontaminerar operationssåret under en operation finns risk att patienten drabbas av en postoperativ sårinfektion. Infektioner i sårområdet efter ett kirurgiskt ingrepp är en av de vanligaste typerna av vårdrelaterade infektioner. Infektionsrisken varierar beroende på patientfaktorer, typ av operation, operationstid, operationsmetod, användandet av perioperativ antibiotika samt kontroll av patientens tillstånd före, under och efter operationen (Vårdhandboken, 2013). Perineala sårkomplikationer efter APR är ett vanligt och signifikant problem. Det inkluderar sårinfektioner, abscesser, förlängd sårsläkning och fistelbildning. Dessa komplikationer resulterar i sin tur till förlängd sjukhusvistelse och långa perioder av omläggningar som kräver besök på mottagning eller hemsjukvård. Vidare har patienter med sårkomplikationer en ökad risk för lokalrecidiv eftersom den adjuvanta cytostatikabehandlingen blir fördröjd. Detta i sin tur kan påverka långtidsöverlevnaden (Wiatrek, Thomas & Papaconstantinou, 2008).

Då patienten utvecklat en postoperativ sårinfektion krävs täta omläggningar för att skapa en gynnsam miljö för sårsläkning. Vid vissa tillfällen används the Vacuum-Assisted Closure (VAC) för att påskynda sårsläkningen. VAC behandling skapar en sluten och fuktig sårmiljö. Via en vakuumpump ansluten till en dyna av polyuretanskum som placerats i såret skapas ett undertryck. Detta leder till att svullnad minskar och att blodcirkulationen i sårområdet ökar. Såret renas och de läkande processerna som exempelvis granulationen i vävnaden och nybildning av epitelet påskyndas vilket leder till en ökad sårsläkning (SBU, 2011).

Welsch m.fl. (2012) studerade sårkomplikationer och livskvalitet hos patienter som opererats med APR på grund av lågt sittande rektalcancer. Elva av de trettio patienter som inkluderades i studien fick under deras tid på sjukhuset perineala sår komplikationer. Ytterligare tre blev diagnostiserade med perineal sårinfektion efter utskrivning från sjukhuset. Alla dessa sårinfektioner hanterades konservativt och ingen av dem behövde reopereras. Det fanns ingen signifikant skillnad av postoperativ sårkomplikation mellan patienter som fått kemoterapi eller strålbehandling. Arton patienter besvarade ett uppföljande frågeformulär gällande smärta och nio av patienterna hade ihållande smärta från det perineala området och sex av dessa hade kvarstående pågående perineal sår komplikation. Andra symtom för patienterna var täta trängningar, inkontinens besvär och impotens. Patienterna upplevde också fatigue, sömnproblem och aptitlöshet. Detta ledde till att deras livskvalité försämrades under perioden de hade en sårkomplikation (Welsch m.fl., 2012).

Information

Det är betydelsefullt att patienten är välinformerad om sin behandling och sjukdomsförloppet (Graubeck, 2012). I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) betonas att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården ska genomföras i samråd med patienten. Informationen ska vara individuellt utformad och anpassad till hälsotillståndet och patienten ska informeras om vilka behandlingsmetoder som finns (SFS 1982:763). För att en patient och/ eller närstående ska kunna känna trygghet och egenkontroll är kunskap och tillit av den egna förmågan avgörande. Att patienten är välinformerad och har förmåga att göra egna val betonas allt mer inom vården där patientens egenansvar är betydelsefullt (Fossum, 2007). Enligt socialstyrelsen (2012) är en välinformerad patient en person som känner sig trygg i det som händer, har fått information av vad som gjorts och vad som kommer att ske. Informationen ska vara individuellt anpassad utifrån patientens förutsättningar, behov och aktuella situation.

En studie av Obeidat & Lally (2013) visar att patienten har lättare att ta till sig sjuksköterskans information och undervisning angående cancerdiagnosen om den anpassas individuellt efter patientens behov. Ytterligare en studie av Beaver m.fl., (2012) visar hur patienter drabbade av colorektalcancer upplevde sin situation efter avslutad behandling. Tjugosju patienter intervjuades och ett tema som framkom i resultatet var vikten av att veta vad de kunde förvänta sig efter en operation i magen. Det gällde främst de patienter som inte fått en stomi under operationen. Dessa patienter upplevde att de inte fick något extra stöd från en specialistsjuksköterska. Många patienter upplevde stöd från specialistsjuksköterskan inom colorektalvården under tiden de var inlagda men efter utskrivning från sjukhuset upplevde en del patienter att de fick klara sig själva och söka efter information på egen hand. Ibland lyckades de få hjälp med sina frågor och ibland inte. Samtliga patienter i studien hade uppföljande besök hos sin behandlande läkare. En minoritet av patienterna hade uppföljning av både läkare och sjuksköterska. De patienter som hade sjuksköterskeledd uppföljning var positivt inställda där de upplevde stöd, information samt fick kunskap om vad som var ”normalt” i deras situation. Skriftlig information upplevdes betydelsefullt och då framförallt skraddarsydd efter patientens individuella behov. En del av studiedeltagarna upplevde också att de kände ett stöd i att alltid kunna kontakta colorektal sjuksköterskan vid behov. De kände sig välkomna att ringa (Beaver m.fl., 2012).

Kommunikation

Kommunikation till skillnad från information, involverar den ömsesidiga process där meddelanden förmedlas och tas emot mellan två eller flera personer. En sjuksköterska som är trygg i sin yrkesroll framstår som tillförlitlig vilket har betydelse för kommunikationen och samspelet med patient och närstående. Sjuksköterskan bör ta ansvaret för kommunikationen, det vill säga kommunicera i egenskap av sin profession, där de professionella åtgärderna i grunden är baserade på kunskap (Riley, 2005). Visser & Wyszynski (2010) påvisade att utbildning i kommunikation signifikant höjde kvalitén i kommunikationen med patienter och kollegor för hälso-och sjukvårdspersonalen. Detta resulterade också i att patienterna var mer nöjda med den omvårdnad de erhöll. Som slutsats kommenterar författarna kommunikationens betydelse för hållbara resultat i arbete och utvecklingen i mötet med patienten och med patientundervisning.

I kommunikationen med patienten är det betydelsefullt att bygga upp en relation. Essentiella komponenter i samtalet är värme samt att visa respekt genom att förmedla att samtalet är betydelsefullt. Var ärlig genom att ge både positiv och negativ respons. Visa empati och förståelse för känslan patienten förmedlar och se patienten som en person, relatera till dina erfarenheter på ett diskret och hjälpsamt sätt. Var specifik för att undvika missförstånd och ställ frågor för att leda samtalet rätt och få fram den information du söker av patienten. Även humor kan användas för att bygga en relation och släppa spänningar (Riley, 2005).

Thorne m.fl. (2013) utförde en studie för att öka förståelsen för hur cancerpatienters behov och önskemål av kommunikation förändrades genom sjukdomsprocessen och de transitioner patienterna gick igenom. Studiedeltagarna upplevde i början av sin sjukdomsperiod vid diagnos besked att de fick stora mängder information som de inte kunde ta till sig utan uttryckte önskemål om att få det uppdelat i olika steg. Att bli behandlad med respekt och få information på den nivå där de kan förstå var andra betydelsefulla faktorer. Vidare framkom det att skraddarsydd kommunikation för varje individ med syfte att stärka självförtroende, bearbeta tankar och känslor upplevdes betydelsefullt. När diagnosfasen övergick till beslut kring behandling blev behovet av mer detaljerad information större. Det fanns behov av att få sina frågor besvarade men inget behov av mer information än just de specifika frågor patienterna hade. När patienterna fick återfall i sin sjukdom ändrades behovet av informativ kommunikation till stödjande kommunikation. En utav studiedeltagare beskrev det som att via stödjande kommunikation från sjuksköterskan kunde han/hon hålla fokus och inte passera över till den mörka sidan (Thorne m.fl.,2013).

Egenvård

Enligt Socialstyrelsen (2013) definieras egenvård: ” En hälso- och sjukvårdsåtgärd som den legitimerade sjuksköterskan bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan”. Under senare år har föreskrifterna av bedömningen av egenvård ändrats och de nya föreskrifterna ställer krav på hälso- och sjukvården. De som jobbar inom hälso- och sjukvården ska klara av att göra individuella bedömningar, analysera riskerna samt samråda med de som berörs, de ska kunna göra nya bedömningar om förutsättningarna ändras och fastställa rutiner för samarbete med andra aktörer (Socialstyrelsen, 2013).

Begreppet egenvård är centralt i Orem (1995) omvårdnadsteori. Egenvårdsmodellen består av tre olika teorier; egenvård, egenvårdsbrist samt omvårdnadssystem. Egenvård definieras enligt Orem som, ”utförande av sådana aktiviteter som individen själv tar ställning till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande”. Hjälptill självhjälpt utgår från att människan äger en inre kraft och motivation att utföra handlingar som säkerställer hälsan och välbefinnandet. Det benämns som egenvårdskapacitet och påverkas bland annat av ålder, hälsotillstånd och livserfarenhet. Teorin om egenvårdsbrist innebär att en person är i behov av omvårdnad. Egenvårdskapaciteten är då mindre än egenvårdskravet. Teorin om omvårdnadskapacitet beskriver omvårdnadssituationen som en vårdhandling där minst två personer är involverade. Den ena parten behöver hjälp och den andra parten kan ge hjälp. Hjälparen har sett de behov som finns och har kunskapen att hjälpa. Det är samarbete mellan patient och sjuksköterska där patientens begränsningar i egenvård definieras och sjuksköterskan kompenserar och hjälper till att övervinna dessa begränsningar (Orem, 1995). Egenvård syftar till att tillgodose egenvårdbehovet hos patienten. Olika personer utför egenvård utefter sin egen förmåga, det är anpassat efter hur mycket personen orkar, kan och vill. Sjuksköterskan ska finnas där för att stödja och ge vägledning men besluten som ska tas ligger helt hos patienten. Sjuksköterskan ska identifiera patientens egenvårdskapacitet och stödja patienten att få tillbaka sin egenvårds förmåga (Tomey & Alligood, 2006).

För att kunna utföra egenvård behövs också en korrekt diagnos samt undervisning i egenvård från hälso- och sjukvårdspersonalen. Information och undervisning angående sjukdomen och de bieffekter som kan förväntas är också betydelsefullt. Detta för att förstå och kunna hantera sina symtom i sin hemmiljö (Dweck, 2009). En studie av Kidd, Hubbard, O'Carroll & Kearny (2009) undersökte hur patienter med colorektalcancer upplevde sitt eget ansvar i egenvård under pågående cytostatika behandling. Resultatet utmynnade i två kategorier. En kategori där patienterna tog ett högre ansvar för att själva ta en aktiv roll i egenvård. Samt den

andra kategorin där patienterna inte trodde på nödvändigheten i att ta en aktiv roll i egenvård utan lade mer ansvar på sjuksköterskan att hantera de biverkningar som behandlingen orsakade. Den gruppen som tog ett större ansvar för egenvård tyckte det var viktigt för att behålla kontrollen i sitt liv. De trodde på att genom egenvård kunde de påverka de symtom behandlingarna orsakade. Personerna i den andra gruppen tyckte tvärtom att de hade liten förmåga och erfarenhet av att påverka sin situation (Kidd m.fl.,2009).

Specialistsjuksköterskans roll inom onkologiskvård

Svensk sjuksköterskeförenings (2009) kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom onkologiskvård omfattar specialistsjuksköterskans betydelse för god och säker vård och behandling och lägger betoning på bemötande, information, delaktighet och undervisning för cancerpatienten. Hellbom och Thomé (2011) beskriver specialistsjuksköterskans roll som övergripande, ur ett helhetsperspektiv samt att information och stöd till patient och närstående ingår i specialistsjuksköterskans arbete. Ling, McCabe, Brent & Crosland (2013) visar samma resultat i sin studie, att sjuksköterskans roll är betydelsefull för patienterna vid deras cancerdiagnos. Resultatet påvisar att det inte enbart var information kring cancersjukdomen som uppskattades utan också den källa av emotionellt, praktiskt och objektiva stöd som specialissjuksköterskan utgjorde. Patienterna såg specialistsjuksköterskan som en person med förståelse som man kan prata igenom saker med. De var mycket nöjda, hade stort förtroende för samt kände sig trygga i fortlöpande kontakt med specialistsjuksköterskan under sin sjukdomstid.

En studie av Strand, Nygren, Bergkvist & Smedh (2010) visade att patienterna hade lika stort förtroende för specialistsjuksköterskan som för läkaren vid återbesök. De patienter som träffade specialistsjuksköterskan upplevde att sjuksköterskan hade tid för frågor och råd, inte bara angående cancersjukdomen. Återbesöken hos specialistsjuksköterskan fångade bättre patientens psykiska status. Patienterna tyckte att det kändes tryggt att ha en kontaktsjuksköterska att vända sig till.

Problemformulering

Att drabbas av en postoperativ sårinfektion efter en rektumamputation orsakar ett ökat lidande för patienten med symtom som till exempel smärta, läckage, abscesser, förlängd sårhäkning och fistelbildning. Dessa komplikationer resulterar i sin tur till förlängd sjukhusvistelse och långa perioder av omläggningar som kräver besök på mottagning eller hemsjukvård. Vidare har patienter med sårkomplikationer en ökad risk för lokalrecidiv eftersom den adjuvanta cytostatikabehandlingen blir fördröjd. Detta i sin tur kan påverka långtidsöverlevnaden. Tidigare forskning påvisar att det förekommer ett antal patienter som varje år råkar ut för en postoperativ sårinfektion i operationsområdet efter en rektumamputation. Vid litteratursökningen påträffades få utförda studier inom detta ämne. Det fanns ett flertal medicinska artiklar som belyste olika operationstekniker men studier som speglade rektalcancerpatienters upplevelser vid komplikationer var svåra att finna. Vilka behov har patienterna och vad upplever de viktigt i omhändertagandet från sjuksköterskan?

Syfte

Att beskriva patientens upplevelse av perineal postoperativ sårinfektion efter en rektumamputation på grund av rektalcancer, samt vilken betydelse sjuksköterskans kommunikation och egenvårdsstöd har för dessa patienter.

Metod

Design

Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Den huvudsakliga datainsamlingsmetoden för att utföra en kvalitativ studie sker genom intervjuer. Analys har genomförts med latent kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2003) samt Polit & Beck (2012).

Urval

I denna studie har tio intervjuer genomförts med personer som genomgått en rektumamputation på grund av rektalcancer och drabbats av en postoperativ sårinfektion. Ett strategiskt urval är gjort och baseras på följande kriterier. Fem kvinnor samt fem män som mellan år 2010-2013 har/haft en postoperativ sårinfektion, svensktalande, ålder 45-90. Ingen hänsyn har tagits till utbildning eller socialt status. Då de är få fall av rektalcancer som debuterar före 50 årsålder så har studiedeltagarna en hög medelålder, 61-87 år. Två av studiedeltagarna var aktiva i arbetslivet och resterande åtta var pensionärer. Sex av studiedeltagarna var ensamstående, de andra fyra levde tillsammans med en partner. Samtliga patienter som tillfrågades tackade ja till att delta i studien. Urvalet har gjorts av två för studien

oberoende stomisjuksköterskor som gått igenom journaler av de patienter som stämmer överens med de ovan nämnda inklusionskriterierna. De kontaktade patienterna i turordning via telefon och tillfrågade dem om deltagande i studien. Då personen accepterat att delta skickade de ansvariga för studien ett brev hem med skriftlig information och ett samtyckesformulär som senare vid intervjutillfället undertecknades av både studiedeltagare samt en av de ansvariga för studien. Tid och plats för intervjun bestämdes av studiedeltagaren där tre valde att bli intervjuad i hemmet och sju på sjukhuset. De ansvariga för studien delade slumpvis upp studiedeltagarna mellan sig. Vid intervjutillfället gavs åter igen en muntlig information om studien.

Datainsamling

Målet med kvalitativforskning är att upptäcka innebörden och belysa verkligheten, inte att generalisera för en viss målgrupp. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor används ofta i en intervjuguide. En fördel med öppna frågor är att forskaren inte behöver ställa frågorna i samma ordning utan kan anpassa frågorna utifrån intervjutillfället för att kunna styra upp intervjun om det behövs och anpassa frågorna efter den tid som finns. Informanten kan tala fritt och berätta med sina egna ord. Intervjuerna kan ta olika lång tid och avbryts när inget nytt längre kommer fram (Polit & Beck, 2012). Intervjun utfördes i ett enskilt rum på onkologimottagningen på Skaraborgs sjukhus, Skövde, eller i studiedeltagarens hem. Polit & Beck (2012) menar att enbart föra anteckningar kan göra intervjun ofullständig och man kan tappa viktig information. Bandinspelade intervjuer gjordes därför och markerades med koder med siffror mellan 1-10 som transkriberades direkt efter intervjutillfället av de studieansvariga. Intervjun sparades på ett USB-minne som förvaras i ett låst skåp. Det är betydelsefullt att skapa en hög nivå av tillit, samt att minimera stress under intervjuperioden genom att begränsa sig till en intervju per dag. Det är också viktigt att inte bli känslomässigt engagerad i studiedeltagarna då detta kan äventyra förmågan att samla in meningsfull trovärdig data (Polit & Beck, 2012). En övergripande fråga ställdes som inledning i intervjun och följdes upp med följdfrågor;

”Hur upplevde du tiden efter din operation då du fick en sårinfektion?”

Polit & Beck (2012) menar att intervjun skall avslutas i en positiv anda och den avslutande frågan bör vara *”Finns det något annat du vill berätta för mig? ”Tycker du det är någon annan fråga jag borde ställa till dig?”*. Dessa frågor kan fånga upp ytterligare värdefull data. Samtliga tio intervjuer i denna studie avslutades med dessa frågor.

Dataanalys

En induktiv ansats har använts i denna studie då intervjuer genomfördes med patienter om deras upplevelser och berättelser. Med induktiv ansats menas att man utgår från innehållet i texten förutsättningslöst (Polit & Beck 2012). Transkribering av bandinspelade intervjuer bör utföras direkt efter avslutad intervju för att inte tappa någon viktig information i materialet. I en kvalitativ innehållsanalys beskrivs och tolkas innehållet djupgående och intervjutexterna läses igenom flera gånger innan analysformen blir tydlig. Det är angeläget att forskaren läser texten flera gånger för att få en känsla för texten i sin helhet för att minska risken för missuppfattningar och feltolkningar. Forskaren identifierar data till framstående teman och mönster som sedan kondenseras till mindre meningsbärande enheter, koder och kategoriseras enligt det innehåll som data representerar (Polit & Beck 2012, Graneheim & Lundman 2003). I denna studie lästes texten igenom flera gånger av de båda ansvariga gemensamt och var för sig. Därefter markerades meningsbärande enheter i texten och en tabell upprättades där de meningsbärande enheterna kondenserades till koder och därefter in i sub-kategorier samt en övergripande kategori, exemplifierad i tabell 1.

Tabell 1: Exempel på analysförfarande enligt Graneheim & Lundman (2003)

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Kod	Sub-kategori	Övergripande Kategori
Jag kunde inte klara mig själv som jag ville. Blir beroende av ganska mycket hjälp.	Inte klara sig själv, beroende av hjälp	Besök på sjukhus, vårdcentral, omläggningar	Att vara begränsad Att vara beroende av hjälp	Vara självständig

Forskningsetiska överväganden

Polit & Beck (2012) skriver om tre etiska principer att ta hänsyn till vid forskning. *Godhetsprincipen*, vilket innebär att forskaren har en skyldighet att minimera riskerna så att studiedeltagarna inte utsätts för skada och maximera deras fördelar av att delta i studien. Om någon av de tio personer som intervjuas i denna studie under intervjun känner obehag eller att samtalen blir så påfrestande att de tar skada kommer intervjun att avbrytas. *Människovärdesprincipen*, denna princip inkluderar rätten till självbestämmande och full

information angående studien. Deras deltagande är frivilligt och de kan när som helst avbryta sitt deltagande i studien. *Rättvisprincipen* innebär rättvis behandling på lika villkor och att studiedeltagarens har rätt till att privatlivet respekteras.

Skriftligt godkännande från verksamhets- samt enhetschef på kirurgkliniken där studien genomförts erhöles. Innan intervjuerna påbörjades fick tio utvalda studiedeltagarna muntlig och skriftlig information angående studien och de villkor som gäller för deras deltagande (Bilaga 1). Information för samtycke skrevs under av samtliga studiedeltagare (Bilaga 2) och enligt etikprövningslagens regler (2003:460). Personuppgifter skall enligt etikprövningslagen behandlas konfidentiellt så att inga utomstående kan komma åt uppgifterna. De resultat som samlas in under intervjuerna får inte upplåtas för andra syften än det för aktuell studie (2003:460). Var och en av studiedeltagarna fick en kod i den ordningsföljd som intervjuerna ägde rum. Denna kod 1 till 10 användes för att märka de bandade inspelningarna av intervjun och sammanställningen av det utskrivna resultatet. Identifierande material som personuppgifter samt underskrivna samtyckesblanketter förvaras i ett låst skåp dit endast forskarna har tillgång. Författarna till denna studie har följt de etiska riktlinjer som ovan nämnts. Denna studie var inte experimentell utan fångade patientens upplevelse av sin situation i syfte att förbättra framtida omhändertagande av denna patientgrupp. Därför anses det av författarna etiskt försvarbart att utföra dessa intervjuer.

Resultat

Patienter som genomgått en rektumamputation och postoperativt utvecklat en sårinfektion besvärades av komplikationer, dels i den akuta fasen av infektionen men också långvariga komplikationer som kvarstod efter sårhäkning. Det ledde till att deras förmåga att vara självständig förändrades. Trygghet i sjukvårdspersonalen, behov av information och utbildning i egenvård var exempel på stödjande åtgärder dessa patienter fann värdefullt. De begränsningar och förändringar i livet som blev en ny vardag för patienten/personen, ledde till att de hittade ett sätt att lära sig leva med och acceptera den situation de befann sig i.

Efter analys av materialet från de tio genomförda intervjuerna framkom fyra övergripande kategorier. *"Hantera postoperativa komplikationer"*, *"Vara självständig"*, *"Känna sig trygg"* samt *"Acceptera situationen"*. Dessa kategorier speglade upplevelsen av att leva med en postoperativ sårinfektion och vilken betydelse information/kommunikation och egenvårdsstöd från sjuksköterskan hade för dessa patienter. De fyra kategorierna delades

sedan in i subkategorier som redovisas i tabell 2. Citat som används är ordagrant återgivna i kursiv stil i den löpande texten.

Tabell 2 Redovisning av kondensering enligt Graneheim & Lundman(2003)

Kategori	Subkategori	Koder
Hantera postoperativa komplikationer	Att hantera tidiga komplikationer Att leva med långvariga komplikationer	Symtom Illabefinnande Vacuum-Assisted Closure(VAC) Omläggning Besök på sjukhus. Vårdcentral, hemsjukvård
Vara självständig	Att vara beroende av hjälp Att känna sig isolerad Att vara begränsad Att utföra egenvård	Vacuum-Assisted Closure(VAC) Omläggning Besök på sjukhus. Vårdcentral, hemsjukvård
Känna sig trygg	Att uppleva kontinuitet Att bli sedd Att känna stöd Att få information	Uppföljning Tillgänglighet Lämna över sig själv
Acceptera situationen	Att ha inställning Att stomi blir ett sekundärt problem	Finna mig i Lära mig leva med

Hantera postoperativa komplikationer

En postoperativ sårinfektion efter en rektumamputation var en komplikation som innebar likväl små som stora förändringar i patientens livssituation. Den övergripande kategorin ”hantera postoperativa komplikationer” beskrev patienternas olika fysiska symtom som exempelvis läckage, sveda, smärta och lukt. Men de upplevde också psykiska men som trötthet och nedstämdhet. Samtliga patienter drabbades av en förlängd sårläkningsprocess som

sträckte sig från 1,5 månad upp till 3 år. För en av de drabbade patienterna var såret efter 3 år fortfarande inte läkt och flera av studiedeltagarna hade kvarstående besvär med värk och obehagskänslor i huden. Flertalet av de intervjuade personerna utvecklade en sårinfektion inom de närmsta dygnet efter operationen då de fortfarande befann sig på vårdavdelningen. För några av studiedeltagarna utvecklades infektionen när de kommit hem. Denna kategori indelades i subkategorierna att hantera tidiga och leva med långvariga komplikationer.

Att hantera tidiga komplikationer

För de tio intervjuade patienterna/personerna har den postoperativa sårinfektionen debuterat på olika sätt. En patient ramlade på golvet i samband med mobilisering efter operationen, såret sprack då upp och blev efter det infekterat. En annan patient beskrev att det började lukta under tiden på vårdavdelningen. Flertalet patienter beskrev en besvärande lukt som gjorde att de kände sig obekväma att vistas bland andra människor. För en annan patient utvecklades infektionen i hemmet.

”Jag låg ju mest och kände att det började lukta illa, måste ju vara en infektion i den då, jag vet inte hur lång tid men det gick nog en 4-5 dagar innan de öppnade och tittade på det där”(kod 5)

”Jag har haft så himla ont under den här tiden emellan, en natt sprack det liksom och det gick en massa pus ur och då åkte jag in”(kod 6)

Samtliga patienter beskrev läckage och sveda från såret efter rektumamputationen.

”Det vätskade sig och det rann och droppade hela tiden”(kod 2)

”Läckage som rann hela tiden och så att det sved ordentligt ibland. Ja det var inte värre än att jag stod ut med det, nu har jag väldigt hög smärttröskel, men tack vare att jag hade så jobbigt innan operationen så var det positivt hela tiden trots att det sved ibland så var det positivt”(kod 7)

Några patienter beskrev en mer intensiv smärta.

”Fruktansvärt ont det kan ingen tänka sig. Jag försökte få bort smärtan med tankar. Känner inget om jag ligger still”(kod 6)

Den första tiden under infektionen beskrevs som ”jobbig” och ”besvärlig”. Trötthet var ett påtagligt besvär.

Att leva med långvariga komplikationer

Majoriteten av patienterna har haft fortsatta besvär av läckage och sveda under hela den förlängda sårläkningsprocessen, det var också svårt för dem att sitta. Täta omläggningar har varit förekommande för alla studiedeltagare.

”Att det aldrig läknade, att det skulle läggas om och det gjorde ont och jag kunde inte sitta”(kod 8)

Två av patienterna beskrev mycket svår smärta. I samband med omläggningar på sjukhuset fick de opioider i förebyggande smärtlindrande syfte och vissa större omläggningar utfördes på operation då patienten var sövd. I förlängningen sköttes senare omläggningarna på vårdcentral, via hemsjukvård eller av nära anhörig.

”Jag fick ju morfin för att det gjorde ont tydligen, de påstår att jag var tålig, men jag vet inte. När de sövde mig så kände jag ingenting att det gjorde ont eller något jag tror det var lättare för dom att lägga om då”(kod 8)

Hälften av patienterna behandlades vid ett eller flera tillfällen med VAC pump för att påskynda sårhäkning.

”Då ville de sätta in en sån där pump, men sen på natten hade jag nåt så fruktansvärt ont jag svävade i luften å sa ni får ta bort den här och det var inte populärt de sa nu har du gjort den här operationen men den skulle bort och de plockade stygn och ryckte och slet och jag kände varje stygn hur det gick sönder och gick sönder, det var ett ryckande, gjorde fruktansvärt ont men det var skönt att få detta gjort men då hade jag detta jättesåret istället som de fick lägga om”(kod 5)

Även efter såret läkt fortsatte patienterna att känna symtom efter sin genomgångna sårinfektion. De kunde inte sitta utan hjälpmedel i form av sittring. Vid ansträngning och tunga lyft fick patienten senare på kvällen besvär i form av ömhet och värk.

Riktigt jobbigt hade jag det de första två åren. Jag kan känna än idag efter 31/2 år när jag jobbar och tar i att det strenar som om skinnet inte räcker till”(kod 2)

”Det har gjort in i helskotta ont och det har varit svårt att sitta, jag har lidit alla helsikes kval”(kod 6)

Vara självständig

Den övergripande kategorin ”vara självständig” innebar att patienternas autonomi förändrades då samtliga deltagare i studien på ett eller annat vis blev beroende av hjälp för att kunna sköta såret. De uttryckte tacksamhet över att få hjälp samtidigt som de kände sig låsta i sitt sociala liv. Att kunna klara sig själv framkamm som en viktig aspekt från flera av patienterna. Denna kategori delades in i subkategorierna att vara beroende av hjälp, att känna sig isolerad, att vara begränsad och att utföra egenvård.

Att vara beroende av hjälp

På grund av vart såret var beläget var det svårt för patienterna att själva lägga om sitt sår. Det utvecklades ett hjälpbehov. Flertalet av patienterna nämnde i intervjun att de aldrig tittat på såret. I de fall där patienten behandlats med VAC pump ökade beroendet av hjälp vid omläggningar.

”Jag kunde inte klara mig riktigt själv som jag ville, man blir beroende av ganska mycket hjälp”(kod 1)

”Har du en sårskada måste du byta plåster varje dag, jag var mån om att byta men kunde inte byta själv eftersom jag är ensamstående”(kod 10)

Samtliga studiedeltagare uppgav i intervjuerna att de hade bokade besök på vårdcentral på förmiddagen, ibland också på eftermiddagen. I vissa fall hade de därefter besök av hemsjukvård i hemmet på kvällen detta på grund av behov av täta omläggningar. Det ledde till tider att passa och behov av sjukresa eller annan transport oftast tillgodosedd via anhöriga. Patienterna pendlade i känsla av tacksamhet för att få hjälp med något man inte själv klarade att utföra, samtidigt som det upplevde det jobbigt med många främmande människor som passerade i deras hem.

”Nej det jobbigaste egentligen var ju alla som kom hem från hemtjänsten och det har varit väldigt många för då första halvåret var det tre gånger om dagen de kom hem då. Jag brydde mig inte så mycket ska jag säga jag var tacksam att de kunde komma för jag kunde inte göra något själv, jag ser ju inte har inte sett det någon gång, hon har berättat hur det ser ut”(kod 5)

Att känna sig isolerad

Besvärande symtom av sårinfektionen, behov av täta omläggningar, bokade besök på sjukhus, vårdcentral eller besök av hemsjukvården ledde till påverkan på patienternas sociala liv. De

berättade om att kombinationen av dessa faktorer hindrade dem från att i vissa fall lämna hemmet. Tre utav patienterna har varit inlagda på sjukhus långa perioder under sin sårinfektion och detta har medfört att de känt sig avskurna från sitt hem, vänner och familj.

”Det värsta av allt var lukten. Usch det var hemskt de sista gångerna åkte jag ju ronden och det var inget roligt att sitta bland folk med den där pumpen och lukta illa det var inte kul. Hemma låg jag ju för jag kunde ju inte sitta och göra någonting och jag fick ligga i soffan och äta”(kod 8)

”Legat inne hela tiden bara för att jag blödde då och det här att göra rent det var visst ett väldigt stort hål”(kod 6)

Att vara begränsad

Samtliga tio studiedeltagare påtalade på ett eller flera sätt att de blivit begränsade i sitt liv. För de fem som behandlats med VAC pump har livet mellan omläggningarna varit mer begränsande då de ständigt haft pumpen med sig, samtidigt har den varit en hjälp för att få en snabbare sårhäkning och de kände en tacksamhet över detta.

”Det är klart det var ganska jobbigt då till att börja med men så hade de ju den apparaten då, det var lite joxigt då till att börja med att bära omkring, men det var ju någonting som var enastående bra måste jag säga, det hjälpte mig och det läkte fortare. Var så jobbigt att bära omkring på annars tyckte jag inte det var nåt svårt eller så, fast jag ville inte gärna gå ut med den”(kod 1)

”Den där pumpen var jättejobbig, så mycket sladdar att hålla reda på och så hade jag katetern då för att avlasta såret och den ska jag stå ut med så länge såret läknar”(kod 6)

Då majoriteten av patienterna har svårighet att sitta samt var beroende av täta omläggningar på grund av läckage, har de varit tvungna att planera sitt liv utefter detta. Exempelvis i arbetslivet då hjälpmedel i form av sittring och närhet till toalett varit ett måste. De har varit begränsade i sitt sociala liv, att bestämma träff med vänner har många gånger varit en svårighet då omläggningarna för vissa patienter var allt de hann och orkade med på en dag.

”Lite låst kände jag ju mig och ringen fick jag ju ha med mig överallt”

”Även om det är klart att springa på vårdcentralen varje dag, nu slapp jag ju det för våc här såg ganska snart att det här kan din hustru sköta hemma lika bra. Och det behövde inte

påverka och styra mitt liv utan vi kunde ta det när det passar mig det kan göra att det blev mer positivt för mig”(kod 7)

”Jag kunde ju inte sitta eller någonting, fick åka bårbil, liggande transport in”(kod 8)

Att utföra egenvård

Till viss del har alla patienterna i studien utfört egenvård vid något tillfälle under tiden då sårinfektionen pågick. På grund av det ständiga läckaget lossnade ibland förbanden eller kompresserna innan hemsjukvården var på plats eller innan det bokade besöket på vårdcentralen. Patienten fick då själv byta förband eller kompresser efter bästa förmåga. Fyra studiedeltagare fick undervisning i egenvård av sjuksköterska för att på egen hand sköta omläggningarna i hemmet. Dessa patienter upplevde sig mindre styrda och begränsade i sitt sociala liv. De kände ansvar för sin egen situation.

”Vårdcentralen hade koll var 14:e dag, annars så följde hustrun med och fick information om hur man kunde lägga om och sedan när de informerat om det fick jag med material hem så att vi kunde lägga om själv, lärorikt samtidigt som de fick ta ett jätteansvar”(kod 7)

”Man duschar ju varje dag och de lärde mig hur jag skulle duscha också för att spola rent också fick jag med mig kompresser och salvor hem”(kod 4)

Känna sig trygg

Den övergripande kategorin ”känna sig trygg” innefattar flera komponenter som bidrog till en känsla av trygghet hos patienterna och delades in i fyra subkategorier. Att känna kontinuitet, att bli sedd, att känna stöd samt att få information. Patienterna har lämnat över sig själva i händerna på någon annan och visade privata delar. De berättade om att bli bemötta med respekt. Att känna hur integriteten bevarades var viktigt för att få en trygghetskänsla i kroppen. Stöd och uppföljning från sjuksköterskan uppskattades och att bli sedd som en individ var andra viktiga aspekter under denna kategori.

Att uppleva kontinuitet

Kontinuitet innebar i denna studie att majoriteten av deltagarna uttryckte önskemål om att träffa samma sjuksköterska vid sina besök på sjukhuset och vårdcentralen. Även om patienterna upplevde bemötandet bra från personalen i hemsjukvården har det stora antalet nya ansikten som kommit in i deras hem gjort att de känt sig mindre trygga.

”Gick bra att gå till vårdcentralen, då hade jag samma sköterska hela tiden. Det jobbigaste tyckte jag var när de kom från hemtjänsten då kom det olika personal hela tiden. Hur det än är så är det intima grejer och det tyckte jag var jobbigast” (kod3)

”Jag hade ju hemtjänsten då och de var enastående bra och kände till detta och jag tycker det är bra när jag har samma personal så jag slipper byta för ofta” (kod 1)

”Jag fick gå och läggas om hos en distriktsköterska och det var olika nästan varje gång och det var lite jobbigt, hade varit skönt med en och samma” (kod8)

Att bli sedd

På grund av vart såret var beläget var patienten tvungen att klä av sig och visa intima delar vid varje omläggningstillfälle. Att möta samma sjukvårdspersonal och sjuksköterska gav patienterna förtroende för dem och det gav i sin tur tillit. Vilket gjorde det lättare även i omläggningssituationen. Det framkamm också hur viktigt det var för patienterna att bli igenkända. Någon som såg individen bakom patienten.

”Hur det är när man kommer och tar av sig och vänder upp så känns det alltid lite dumt, men inte där de var så jättegoda” (kod 4)

”Kom jag gående i korridoren då jag var inne för de hade fått klippa upp det igen möter jag honom där som säger hej. Det är bara det som hjälper dig upp då va som visar, han måste ju ha hur många patienter som helst men kan ändå stanna och komma ihåg mig så det är ju himla bra” (kod 3)

Att känna stöd

Samtliga studiedeltagare var nöjda med stomimottagningen på sjukhuset. De upplevde att de fått bra stöd och uppföljning från sjuksköterskorna där. Tillgängligheten och kunskapen har upplevts hög. De känner att de alltid kan vända sig dit, att dörren ”alltid är öppen” Patienterna var nöjda med bemötandet på vårdcentralen men betonar att det är viktigt att få vara kvar på stomimottagningen då de har specialkunskaper kring deras situation.

”Det kändes väldigt tryggt och sista gången jag var där så sa hon jag stänger inte dörren för dig även om det här året gått utan jag fick återkomma om det var någonting” (kod 4)

”Stöd har jag fått härifrån från stomisköterskan som vet vad hon pratar om och som jag upplevde hon är närmast patienten, de säger att vi måste släppa patienten efter så och så många dar och gå över till vårdcentralen och vårdcentralen säger vi hinner ju inte med att

vara specialister på detta, har man nu gått igenom en så stor förändring utav kroppen som det här är borde man inom sjukvården få hänga kvar för kontroller lite då och då”(kod 7)

Att få information

Flera patienter har uttryckt att de fått för lite information om vad som är normalt efter en rektumamputation. Några patienter som fick en sårinfektion i hemmet efter utskrivning har missat tecken på sårinfektion och uppfattat läckage som något som tillhörde normalbilden. I intervjuerna framkom också att informationen kring stomi och stomiskötsel varit tillfredställande. Några patienter med pågående sårinfektion som skrevs ut från avdelningen saknar information om förväntade symtom och hur långdraget förloppet kan vara. Det var först vid återbesöket till stomimottagningen som de upplevde att de fick stöd och information. En del patienter var helt nöjda med de stöd och den information de fått.

” Inte tal om smärta efter det hära, vi hade ju ingen aning om att det skulle hålla på så länge. Om det var okunnighet eller att de inte brydde sig eller hann har jag ingen aning om. Hoppas framtida patienter får det uppbacket även informationen om att det kunde strena och att man kunde få dom menena, det var inte tal om något sådant”(kod 2)

”Bra stöd på avdelningen hur man sköter stomin. Men det var ingen som sa då det där såret där bak som läcker lite det var ingen som sa att det är en infektion där som kommer ta en månad innan det läker det var ingen på avdelningen på avdelningen när jag gick hem”(kod 7)

”Ett helt år hade jag ju stomisköterskan hela tiden och blev kallad och informerad och allting, jag saknar ingenting. Visste vart jag kunde vända mig. Har bara beröm och säga faktiskt.” (Kod 4)

Acceptera situationen

Genomgående för dessa patienter var att de har fått lära sig att leva med denna komplikation, som för många pågått flera månader upp till år. De fann sig i situationen och härdade ut. En del patienter gjorde det för att de var tacksamma över att vara vid liv då de nyligen mist nära anhöriga. Andra nämnde sin inställning till livet och hur de var som personer. Den övergripande kategorin ”acceptera situationen” delades in i två subkategorier;”att ha en inställning” samt ”att stomin blir ett sekundärt problem”.

Att ha en inställning

Majoriteten av patienterna nämnde någon gång under intervjun hur deras sätt att vara har hjälpt dem acceptera sin situation. En patient beskrev att hans uppfostran givit honom ett bra

själförtroende och en bra självkänsla. Detta har varit till stor hjälp senare i livet för att hantera svårigheter. De beskriver en inställning till att kämpa och att det inte fanns något annat val.

”Men jag tyckte att det gick men sen är jag som person att är jag i denna situationen så får jag finna mig i det. Min upplevelse blir att det hjälpte mig och jag tyckte att den upplevelsen var väldigt bra” (kod 1)

”Tålamod är det enda man måste ha annars så går det inte nej men jag är tacksam att det gick som det gick. De här 4 åren har försvunnit de också jag är ju glad att jag fått fyra år medans min dotter fick fyra månader efter hennes besked” (kod 5)

Att stomin blir ett sekundärt problem

Ett flertal patienter berättar att före operationen var skräcken över att få en stomi störst. Hur de skulle klara av att leva med stomi och sköta den på egen hand. Men i och med sårinfektionen och allt vad det inneburit för dem blev stomin ett sekundärt problem och har varit en lätt bit att hantera jämförelsevis mot såret perinealt.

”Man var mest rädd för stomin när man skulle åka hem men hur ska jag klara de här då när man är opererad. Men de visade hur man skulle göra och det gick hur bra som helst. Det var inga bekymmer själva stomin var inte så jobbig men som sagt var den där sårinfektionen väldigt jobbig” (kod 4)

Metoddiskussion

Enligt Graneheim & Lundman (2003) skall resultatet vara så tillförlitligt som möjligt och varje studie måste utvärderas i relation till den procedur som använts. För att beskriva tillförlitlighet i kvalitativa studier som analyserats med kvalitativ innehållsanalys används koncept som trovärdighet och överförbarhet.

Då syftet med denna studie var att fånga patientens upplevelse föll det sig naturligt att utföra en kvalitativ intervjustudie. Detta för att få en hög trovärdighet i vårt resultat. Intervjuerna spelades in och analyserades med latent, kvalitativ innehållsanalys. Enligt Graneheim & Lundman (2003) ökas trovärdigheten i studien genom att de mest passande meningsbärande enheter lyfts ut. Därför har alla intervjuer skrivits ut ordagrant av författarna själva vilket medförde att vi närmade oss patientens röst och upplevelse en andra gång. Samtliga utskrivna intervjuer lästes igenom upprepade gånger av författarna och handledarna tillsammans och var för sig i syfte att få en känsla för helheten. Detta innebär att författarna till denna studie gjort

en tolkning av textens innebörd enligt Graneheim & Lundman (2003) i syfte att kondensera texten på ett så trovärdigt sätt som möjligt.

Urvalet gjordes av två för studien oberoende sjuksköterskor på stomimottagningen. De fick information om gällande inklusionskriterier och valde utefter dessa ut tio studiedeltagare. Författarna till denna studie hade alltså ingen del i och kunde inte påverka vilka studiedeltagare som valdes ut. I inklusionskriterierna tog vi ingen hänsyn till socialt status eller utbildning, så variationen av studiedeltagarna blev slumpmässigt utvalda. Däremot kan de resultat vi fått påverkats av den generation som studiedeltagarnas ålder representerar. Med detta menas att då författarna upplever att personer mellan 61-87 år, är en tacksam och tålig generation med en lång livserfarenhet så kan utfallet blivit ett annat om det varit yngre generation som drabbats av samma sak.

Sårinfektionens läkningstid varierade från en och en halv månad upp till tre år och för en patient är det fortfarande inte läkt. Inklusionskriterierna specificerade ingen sårhäkningstid så även här blev det en slumpmässig blandning av sårhäkningstiden och av graden av sårinfektion. Författarna har diskuterat huruvida resultatet har styrts av detta men tycker sig se samstämmiga svar från studiedeltagarna oberoende av hur länge deras sårinfektion har pågått. Enligt Polit & Beck (2012) bör det vara minst tio studiedeltagare för ett tillförlitligt resultat vilket vi tycker att vi uppnått i denna studie. Författarna har följt etiska riktlinjer angående forskningspersonsinformation och informerat samtycke. Studiedeltagarna fick själva bestämma tid och plats för intervjun och ingen av de tillfrågade tackade nej till att delta i studien. Tre personer valde att intervjuas i sitt hem resterande intervjuer ägde rum i ett ostört rum på onkologimottagningen vid Skaraborgs Sjukhus, Skövde. Huruvida dessa två olika miljöer har påverkat resultatet är svårt att säga men möjligen kan intervjuerna i hemmet givit en ökad trygghetskänsla för dessa studiedeltagare. Vid två av intervjuerna var deras maka/make närvarande som också svarade på enstaka frågor vilket kan ha styrkt studiedeltagarnas svar. Då det var författarnas första studie med intervjuer kan intervjutekniken ha påverkat utfallet då följdfrågorna ibland blev irrelevanta för studiens syfte och ledde in på sidospår.

Alla studiedeltagare fick samma övergripande fråga som följdes upp med följdfrågor gällande sårinfektion, information, stöd och egenvård. Denna intervjuguide med semistrukturerade frågor användes för att få fram den information vi sökte. Intervjuerna pågick mellan 30-90 minuter och studiedeltagarna fick tala fritt och prata med egna ord. Samtliga intervjuer

inleddes med frågan ”Hur upplevde du tiden efter din operation då du fick en sårinfektion?” Samt avslutades med frågorna ”Finns det något annat du vill berätta för mig?” ”Tycker du det är någon annan fråga jag borde ställa till dig?”. Då båda författarna arbetar med denna patientgrupp och möter dessa patienter i olika skeden av sin sjukdom finns det en förförståelse inom ämnet. Det finns risk att detta påverkat resultatet. Författarna är medvetna om detta och har haft en ödmjuk inställning under intervjuerna samtidigt som denna medvetenhet, å andra sidan, kanske ökat tillförlitligheten i studien då kunskapen kring diagnos och sjukdom gjort det lättare att kondensera och analysera materialet. Enligt Malterud (2009) är förförståelsen den kunskap vi har med oss in i studien, kunskapen kan ge styrka åt projektet, men det kan också bli en belastning och det är viktigt att inte låta förförståelsen överrösta det empiriska material som utvinns ur studien. Sammantaget är det inte ”fel” att ha en förförståelse inom ämnesområdet så länge forskaren är medveten och tar med sig detta vid analysförfarandet (Malterud, 2009).

Resultatdiskussion

Resultatet av vår studie utmynnade i fyra övergripande kategorier ”*Hantera postoperativa komplikationer*”, ”*Vara självständig*”, ”*Känna sig trygg*”, ”*Acceptera situationen*”. I resultatdiskussionen diskuteras dessa övergripande kategorier.

Hantera postoperativa komplikationer

En postoperativsårinfektion efter en rektumamputation innebar för samtliga studiedeltagare någon form av förändring i deras livssituation där samtliga beskrev besvär av läckage, sveda och smärta i olika grad. En samstämmighet och trovärdighet i dessa besvär sågs hos alla studiedeltagare oavsett hur lång sårhelingsprocessen varit. Avvikande för de tre patienter där sårhelningstiden passerat ett år var att smärtan beskrevs mer uttalat och en besvärande lukt påtalades tydligt. Dessa besvär ledde till trötthet och nedstämdhet.

Studiedeltagarna påtalade att smärta var konstant närvarande under tiden då de hade ett sår och den varierade i intensitet. Deras livskvalité påverkades. Patienten beskrev besvär med att sitta beroende på sårets placering och samtliga patienter har dessutom haft besvärliga och smärtsamma omläggningar med mer eller mindre täta intervaller som krävde förebyggande smärtlindring. En studie av Mudge, Meaume, Woo, Sibbald & Price (2008) undersökte patientens erfarenheter av sårrelaterad smärta, där patienter från tre olika länder intervjuades i fokusgrupper. Patienterna i denna studie uppgav liknande besvär som i vår studie, de associerade omläggningar till smärta och tog analgetika före sin omläggning. Det är av stor

betydelse att dra lärdom av de besvär som studiedeltagarna beskrev för att förebygga smärta med rätt medicinering och i rätt tid samt att sjuksköterskorna är uppdaterade till vilken sorts omläggingsmaterial som passar bäst för den enskilde patienten eftersom adekvat omläggingsmaterial kan minska smärta, lukt och läckage. En studie av Hollinworth, (2005) beskriver att ett olämpligt omläggingsmaterial kan leda till ökad smärta hos patienten om det torkar in i såret och fastnar. De påtalade även att det är viktigt med rätt utbildning i sårvård.

Vara självständig

Samtliga studiedeltagare blev beroende av hjälp för att klara av sina omläggningar då såret var beläget på ett ställe som var svårt att lägga om på egen hand. De upplevde att de blev låsta i sitt sociala liv vilket ledde till isolering av olika grader. Vidare beskrevs hur styrt deras liv blev med bokade besök för omläggning och utvärdering av såret. Sjuksköterskan har en viktig roll i att underlätta för patienten, att lyssna in patientens behov och fungera som koordinator mellan de olika instanser som patienten slussas emellan. De patienter som fick undervisning i egenvård kände ett stort värde av den ökade självständighet det gav dem. Exempelvis, att själv kunna styra när omläggningen skulle göras under dagen samt att inte behöva vänta med omläggning om det blivit läckage utan direkt kunna tvätta och lägga på ett rent bandage. Detta är också av vikt för en gynnsam sårhäkning. Samtidigt som det var ett stort ansvar att axla för de anhöriga som var behjälpliga hemma, framkom att det upplevdes lärorikt. De fick insikt och kunskaper i sårhäkningsprocessen.

En studie av Chen m.fl. (2012) beskrev effektiviteten av ett sårvårdsprogram med fokus på egenvård. Patienterna i den experimentella gruppen fick utbildning i sårvård samt omläggning där både teori och praktik ingick. Kontrollgruppen fick vård enligt de rutiner som fanns på det aktuella sjukhuset vilket innebar begränsad information gentemot den experimentella gruppen. Resultatet påvisade att den experimentella gruppen upplevde en högre tillfredsställelse och det blev en signifikant skillnad i graden av sårhäkning där gruppen som fick undervisning i sårvård och egenvård uppvisade en snabbare sårhäkning. Det finns vinster på flera plan i undervisning för patienter och anhöriga dels kring medicinska kunskaper i sårvård och omläggningar men också i egenvård för att skapa bästa möjliga förutsättningar för en snabb sårhäkning. Enligt Orem (1995) är det främsta syftet med omvårdnad att hjälpa den sjuka till egenvård där målet är att individen ska nå oberoende genom att öka sin egenvårdsförmåga.

Känna sig trygg

Att drabbas av sjukdom, genomgå diagnosbesked, operation samt utveckla sårkomplikationer, vilket var fallet för våra studiedeltagare, genererade förutom lidande, ökade kontakter med sjukvården. Patienten hamnade i en beroendesituation. Samtliga deltagare var mycket nöjda med att vara vårdade av stomimottagningens personal där de träffade samma sjuksköterskor vid varje besök. De gav dem stöd och information, vilket patienterna upplevde som mycket tillfredsställande och viktigt. Två utav patienterna betonade hur de vid några tillfällen inte erhållit adekvat information och att de då kände sig utelämnade och ensamma. För flertalet framkom under intervjun att de inte visste hur det skulle vara efter operationen. Kanske var läckage normalt? De kände sig besvikna över otillräcklig information om vad som kunde inträffa efter en rektumamputation. En studie av Theofanidis (2012) påvisade att oron var som störst när patienten erhållit för lite information. Theofanidis beskrev att patienter inom kirurgisk disciplin utsattes för mer stress gentemot patienter inom medicinsk disciplin eftersom en oro inför det operativa ingreppet var större. Studien hävdar vidare att stressade och oroade patienter har en längre återhämningsperiod postoperativt samt att de kan uppleva mer smärta och erhålla en högre incidens av sårinfektioner. Detta i sin tur ledde till förlängd sjukhusvistelse (Theofanidis, 2012).

Det finns ett behov av att utforma ett omhändertagande för denna studies patientgrupp där de blir sedda utifrån sina specifika, unika behov med skräddarsydd information och ett utökat stöd. Orem (1995) anser att ett stödjande och undervisande förhållningssätt gentemot patienten är nödvändigt för att göra patienten oberoende och återta mer och mer av sin egenvårdsförmåga.

Acceptera situationen

Att leva med en postoperativ sårinfektion uppgav flertalet av studiedeltagarna som en jobbig situation på flera olika sätt. De påtalar att det enda alternativet varit att acceptera och göra det bästa av situationen samt att deras personliga egenskaper och inställning hjälpt dem. Detta resultat påvisar vikten av att stötta patienterna och hjälpa dem till att stärka självkänslan och skapa en positiv inställning hos den enskilde individen, då en positiv inställning och ”kämparglöd” hjälpt flera av studiedeltagarna att ta sig igenom detta. Endast en studiedeltagare ifrågasatte under intervjun varför det blev en infektion. Vi har funderat kring om det kan bero på om olika generationer hanterar situationer på olika sätt, lida i det tysta, då vi upplever att efterföljande generationer tenderar att ställa mer krav och frågor. Park m.fl. (2014) undersökte patienters förväntningar på hur tarmen skulle fungera och påverka deras liv

efter en rektalcancer operation. Resultatet påvisade att information var betydelsefullt för patienterna men också deras personliga inställning. Men trots bra information och en positiv attityd fanns en stor osäkerhet och oro angående hur tarmen skulle fungera efter operationen och hur det skulle påverka deras liv.

En studie undersökte livskvalité hos patienter före operation och under återhämtningsperioden efter rektalcancer och stomioperation där studiedeltagarna uttryckte farhågor förknippade med bland annat att få en stomi. De var rädda att bli en börda för andra. Livskvaliten sjönk betydligt hos denna patientgrupp före operationen (Carlsson, Berntsson, Hallen, Lindholm & Persson (2010). Tidigare studier påvisar att oron för att få en stomi är stor hos de flesta patienter, så också för de patienter som intervjuats i denna studie. Resultatet i denna studie visar dock att den rädsla patienten känt inför att få en stomi blev sekundär till följd av den besvärliga postoperativa sårinfektionen perinealt. I och med det lidande de utsattes för i samband med detta, upplevde de stomin som en lätt bit att hantera. Författarna till denna studie menar att intervjuernas resultat speglar hur stor påverkan att drabbas av en postoperativ sårinfektion har på patienternas livskvalité, gentemot för de patienter som följer ett normalt sårläkningsförlopp.

Slutsats

Resultatet påvisar en hög grad av samstämmighet från studiedeltagarna där de utsätts för lidande som för många pågår under flera år. Antalet kontakter med sjukvården ökar och fortsatta onkologiska behandlingar kan bli fördröjda. Författarna ser ett flertal områden att arbeta vidare med. Ett utav dessa är hur sjuksköterskan kan arbeta preventivt för att minska riskerna för att en postoperativ sårinfektion uppstår. Exempelvis framgår i resultatet hur en utav patienterna ramlade där såret sprack upp och senare infekterat. Det är viktigt att göra en riskbedömning för varje patient som genomgått en rektumamputation på grund av rektalcancer. Fallprevention samt patientens förmåga till egenvård är exempel på punkter som bör ingå. Detta samlas i patientens hälsoplan där det utefter patientens risk för att utveckla postoperativ sårinfektion skall finnas olika steg att följa bland annat vad gäller information angående sårinfektion samt möjligheter för egenvårdsstöd i hemmet utifrån patienten själv eller anhöriga.

Kliniska implikationer

Författarna till denna studie ser ett kliniskt behov av att skapa ett specialiserat omhändertagande, ett åtgärdsprogram som bör starta vid utskrivning från vårdavdelningen

och till dess patienten/personen är återställd. Detta innefattar ett fortsatt utvecklingsarbete med kontakt/stomisjuksköterska eftersom resultatet påvisat att kontinuitet är betydelsefullt och kontakten med stomisjuksköterskemottagningen upplevts stödjande av samtliga patienter i studien. Vidare bör en specifik information både skriftligt samt muntligt ske i ett tidigt stadium av infektionen då ett flertal patienter saknat detta. Att som kontaktsjuksköterska för patienten följa upp sårhäkning och omläggning samt samordna kontakter mellan sjukhus, primärvård och hemsjukvård i syfte att underlätta för patienten ser vi som en del i detta åtgärdsprogram.

Samtliga patienter som drabbas av sårinfektion bör tillsammans med anhöriga få undervisning i egenvård där utbildning i anatomi, fysiologi samt sårvård ingår. Flertalet studiedeltagare såg det som värdefullt att själva kunna ta kontrollen och styra sitt liv med hjälp av egenvård. Detta åtgärdsprogram torde kunna appliceras och användas på andra sjukhus som också behandlar denna patientgrupp.

Framtida forskning

Författarna till denna studie anser det skulle vara av intresse att utföra ytterligare en studie med studiedeltagare som genomgått samma operation men som haft ett normalt förlopp med förväntad sårhäkning. Detta för att se om det finns skillnader och/eller likheter i patientens upplevelser samt att vidare forska kring hur de upplevt sin stomi och den förändring de fysiskt och psykiskt går igenom vid en rektumamputation. Vidare studier inom detta ämne är av intresse i syfte att öka förståelsen av patienters upplevelser att leva med en rektumamputation.

Litteraturförteckning

- Beaver, K., Latif, S., Williamsson, S., Procter, D., Sheridan, J., Health, J., Susnerwala, S., & Luker, K. (2010). An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3291-3300.
- Carlsson, E., Berntsson, I., Hallén, A., Lindholm, E., & Persson, E. (2010). Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 37(6), 654-661.
- Chen, Y-C., Wang, Y-C., Chen, W-K., Smith, M., Huang, H-M. & Huang L-C. (2013) The effectiveness of a health education intervention on self-care of traumatic wounds. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2499-2508.
- Dweck, J. (2009). Finding my "new normal" by self-empowerment and self care. *Journal of Lymphoedema*, 4(2), 77-79.
- Etikprövningslagen.2003:460.
Hämtad 131101 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- Fossum, B.(2007). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Graneheim, U-H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Graubaek, A-M. (2012). *Patientologi*. Stockholm:Natur&Kultur
- Hassel, K., Wennström, B., Sjöskog, T., Skullman, S (2013). *Ökade infektions- och sårläkningsproblem vid rektumamputation*. Abstractprogram,43. Kirurgveckan, Uppsala.
- Hellbom, M. & Thomé, B.(2011). *Perspektiv på onkologisk vård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hollinworth, H. (2005). The management of patient's pain in wound care. *Nursing standard*, 20(7)65-73.
- Hälso-och sjukvårdslagen (1982:763).
Hämtad 131122 från:http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Jeppsun, B., Peterson, H.-I., & Risberg, B. (2010). *Kirurgi*. Lund: Studentlitteratur.
- Kidd, L., Hubbard, G., O`Carroll, R. & Kearny, N. (2008). Percieved control and involvement in self-care in patients with colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2292-2300.

Ling, J., McCabe, K., Brent, S. & Crosland, A. (2013). Key workers in cancer: patient and staff attitudes and implications for role development in cancer services. *European Journal of Cancer Care*, 22(5),691-698.

Malterud, K. (2009) . *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur AB. Lund.

Mudge, E., Meaume, S., Woo, K., Sibbald, G. & Price, P. (2008). Patient´s experience of wound-related pain. *European Wound Management Association Journal*, 8(2),19-28.

Nationella riktlinjer för bröst, prostata, tjocktarms och ändtarmscancer. Socialstyrelsen.

Hämtad 131122 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>

Obeidat, R & Lally, R.(2013). Health-Related Information Exchange Experiences of Jordanian Woman at Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Cancer Education*, E-publicerad 25 oktober.

Orem, D. (1995). *Nursing concepts of practice*. 4 uppl. St.louis: Mosby-Year Book.

Park, J., Neuman, H., Bennet, A., Polskin, L., Phang, P., Wong, W. & Temple, L. (2014) Patient expectations of functional outcomes after rectalcancer surgety: a qualitative study. *Diseases of the colon and Rectum*, 57(2), 151-157.

Polit, D & Beck, C. *Nursing research. Generating and assessing Evidence for Nursing Practice*. 2012. Lippincott Williams & Wilkins.

Postoperativ sårinfektion. Vårdhandboken. Hämtad 131206 från:

<http://www.varldhandboken.se/Texter/Operationsvard/Smitta-och-infektioner/> Svensk

Sjuksköterskeförening. Hämtad 131025 från:

http://www.swenurse.se/PageFiles/2550/kompetensbeskrivning_hlsoinformatik_1.pdf

Riley-Balzer, J. *Communication in Nursing*. 2005. USA: Moseby.Inc.

SBU Alert-rapport.(2011). *Vakuumassisterad sårbehandling*.(Nr.2011-09). Stockholm: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Strand, E., Nygren, I., Bergqvist, L. & Smedh, K. (2010). Nurse or surgeon follow-up after rectal-cancer: a randomized trial. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 13, 999-1003.

Svenska kolorektalcancerregistret. Hämtad 131215 från:

http://www.kvalitetsregister.se/register/cancer/svenska_rektalcancerregistret

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theorists and their work*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Theofanidis, D. (2006). Stress and the hospitalized patient: Can we deal with it? *ICUs & Nursing Web Journal*, (27). Retrived from Cinahl Plus with full text.

Thorne, S., Hislop, G., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J. & Stadjuhar, K. (2013). Changing communication needs and preferences across the cancer trajectory: Insights from the patient perspective. *Support Care Cancer*, 22(4), 1009-1015.

TNM. Classification of Malignant Tumors. UICC. Hämtad 131128 från:
<http://www.uicc.org/resources/tnm>

Welch, T., Mategakis, V., Contin, P., Kulu, Y., Buchler, M. & Ulrich, A. (2012). Results of extralevator abdominoperineal resection for low rectal cancer including quality of life and long-term wound complication. *International Journal of Colorectal Disease*, 28(3), 503-510.

Wiatrek, R. L., Thomas, S., & Papaconstantinou. (2008) Perineal Wound Complications after Abdominal Resection. *Clinical Colon Rectal Surgery*, 21, 76-86.

Visser, A. & Wismans, M. (2010). Communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Education and Counseling* 178(3), 402-488.

Bilaga 1

Informationsbrev till forskningspersoner

Män och kvinnors upplevelse om information/kommunikation och egenvårdsstöd vid postoperativ sårinfektion efter en rektalcanceroperation.

Bakgrund och Syfte

Män och kvinnor som får en postoperativ sårinfektion efter en rektalcanceroperation kan ha behov av ett utökat stöd och egenvårdsinformation från sjuksköterskan. Denna studie ämnar tillföra mer specifik kunskap om hur rektalcancerpatienter uppfattar information och egenvårdsstöd från sjuksköterskan vid en postoperativ sårinfektion.

Förfrågan om deltagande

Du som opererats för en rektalcancer vid Skaraborgs sjukhus i Skövde och fått en postoperativ sårinfektion, tillfrågas om du önskar delta i denna studie. Stomisjuksköterskan kommer tillfråga dig om att delta i studien.

Hur går studien till?

Om du accepterar att delta i studien så kommer ett brev att skickas hem till dig per post med skriftlig information om studien och ett samtyckesformulär som lämnas till sjuksköterskan vid intervjun. Därefter kontaktas Du per telefon och får muntlig information om studien vi bestämmer då också tid och plats för intervjun. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor där du har möjlighet att berätta med egna ord. Intervjuerna kommer att genomföras av Kristin Andersson som är sjuksköterska och arbetar på onkologimottagningen eller Karin Hassel som är sjuksköterska och arbetar på kirurgmottagningen vid Skaraborgs sjukhus i Skövde. Beräknad tid för intervjun är ca: 45 minuter och samtalet sker i ett enskilt rum på onkologimottagningen på Skaraborgs sjukhus i Skövde, eller på en plats som Du själv väljer. Bandspelare kommer att användas för att spela in samtalet.

Vilka är riskerna?

Att delta i en intervju kan väcka känslor och det kan vara så att du upplever en fråga som alltför närgående. Du kan då avstå att svara på den frågan. Om Du upplever obehag efter intervjun finns möjlighet till uppföljande samtal med ansvarig sjuksköterska för studien.

Finns det några fördelar?

Det finns möjlighet för dig att dela med dig av dina erfarenheter både positiva och negativa från de upplevelser du har av tiden då du drabbats av en postoperativ sårinfektion. Denna kunskap kan sedan användas för att förbättra omhändertagandet efter en postoperativ sårinfektion.

Hantering av data och sekretess?

All information som samlas in till denna studie i form av personuppgifter och intervjumaterial kommer att behandlas konfidentiellt så att ingen obehörig kan ta del av det. Studiens resultat kommer endast redovisas i vetenskapliga sammanhang och kan inte härledas till dig.

Försäkran, ersättning

Du får ersättning för din resa till intervjun vid Skaraborgs sjukhus i Skövde men ingen ytterligare kompensation.

Frivillighet

Deltagande är frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att behöva ange skäl till det. Om du inte vill delta eller vill avbryta kommer det inte att påverka det fortsatta omhändertagandet av dig på kirurgkliniken.

Ansvarig för genomförande av studien

Kristin Andersson

Sjuksköterska

Kirurgens Onkologimottagning

Skaraborgs sjukhus Skövde

541 85 Skövde

Studerande på institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet. Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot onkologisk vård.

Mobil: 0761-646767

Emailadress: kristin.andersson@vgregion.se

Karin Hassel

Sjuksköterska

Kirurgmottagningen

Skaraborgs sjukhus Skövde

541 85 Skövde

Studerande på institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet. Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot onkologisk vård.

Mobil: 070-3649558

Emailadress: karin.hassel@vgregion.se

Handledare

Ingalill Koinberg, leg. Sjuksköterska, medicine doktor, universitetslektor på institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet.

Inglill.koinberg@gu.se

Bilaga 2

INFORMERAT SAMTYCKE TILL DELTAGANDE I FORSKNINGSSTUDIE

Män och kvinnors upplevelser om information/kommunikation och egenvårdsstöd vid postoperativ sårinfektion efter en rektalcanceroperation.

Jag har tagit del av ovanstående skriftlig information angående studien.

Jag samtycker till att delta i studien och känner att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Datum _____

Namnunderskrift, deltagare

Namnförtydligande

Datum _____

Namnunderskrift, sjuksköterska

Namnförtydligande