



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl 14.00

Kandidatnr.: 16

Antall ord: 8989

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Colorectal cancer er en av de hyppigst forekommende kreftformene i Norge og antall overlevende øker. Det er med dette en stor pasientgruppe i det norske helsevesenet som det er viktig at sykepleier har kunnskaper om. I denne oppgaven er det fokusert spesielt på de som, på bakgrunn av denne kreftsykdommen får stomi.

Problemstilling: Hva kan fremme livskvalitet hos pasienter med stomi, i forhold til de innvirkninger dette måtte ha på deres selvbilde?

Oppgavens hensikt: Oppgavens hensikt er å øke kunnskapsnivået vedrørende pasienter med colorectal cancer med stomi.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie og baserer seg på fem forskningsartikler som omtaler livskvalitet og pasienter med colorectal cancer med og uten stomi.

Resultater: Resultatene viser at en stor andel av pasientene med colorectal cancer og stomi har nedsatt livskvalitet på spesifikke områder. Disse er i hovedsak relatert til depresjoner, nedsatt sosialt funksjonsnivå, mage-tarm relaterte problemer, nedsatt kroppsbilde og problemer i forhold til sexliv.

Oppsummering: Å få anlagt en stomi har i seg selv stor negativ innvirkning på livskvaliteten, det gir spesielt store utslag i forhold til kroppsbilde, depresjoner og sosialt funksjonsnivå. Hverdagsutfordringer som var i direkte sammenheng til stomirelaterte utfordringer var utbredt. Sykepleierens rolle er spesielt viktig i forhold til å lære pasienten opp i stomistell og informere om det å leve med stomi. En god dialog med sykepleier anses som avgjørende for god tilpasning i forhold til stomien og pasientens opplevelse av god livskvalitet.

Summary

Background: Colorectal cancer is one of the most frequent occurring cancers in Norway and the number of survivors is increasing. This is a large patient group in the Norwegian healthcare system and is therefore important for nurses to have knowledge about. In this assignment the focus is especially on those who have a stoma.

Topic question: What can promote quality of life in patients who have a stoma, compared to the effects on their self-image?

Aim: The aim of the assignment is to increase the knowledge regarding patients with colorectal cancer with a stoma.

Methods: The assignment is a literature study and is based on five articles that review quality of life and patients with colorectal cancer, with and without a stoma.

Results: The findings show that great deals of the patients with colorectal cancer and a stoma have impaired quality of life in certain areas. These are mainly related to depressions, decreased social functioning, bowel problems, reduced body image and problems relative to sex life.

Conclusion: To have a stoma has a negative impact on patient's quality of life. This has a special impact when it comes to body image, depressions and social functioning.

The every- day challenge that was in direct context with a stoma related challenges was common. The nurse's role is especially important regarding education of the patients when it comes to self-care and living with a stoma. A good dialogue between the nurse and the patient is seen to be crucial for the patient's adaption of the stoma and their quality of life.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	5
1.0 Introduksjon.....	7
1.1 Innledning.....	7
1.2 Bakgrunn	7
1.3 Hensikt.....	8
1.4 Problemstilling.....	8
1.5 Avgrensning.....	8
1.6 Begrepsavklaring	9
1.6.1 Livskvalitet	9
1.6.2 Selvbilde	9
2.0 Teori.....	10
2.1 Kreft	10
2.2 Tykktarms- og endetarmskreft.....	10
2.3 Stomi	11
2.4 Livskvalitet	12
2.5 Livskvalitet i et sykepleieperspektiv	13
2.6 Selvbilde.....	13
2.7 Sosialisering.....	14
2.8 Depresjon.....	15
3.0 Metode.....	15
3.1 Definisjon av metode.....	15
3.2 Litteraturstudie som metode	16
3.3 Litteratursøk.....	16
3.4 Kildekritikk.....	16
3.5 Etske overveielser	17

4.0 Resultat.....	18
4.1 Forskningsartikler	18
4.1.1 Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma.....	18
4.1.2 Assessment of body image in patients undergoing surgery for colorectal cancer	19
4.1.3. Surviving Colorectal Cancer – Long-term, Persistent Ostomy-Specific Concerns and Adaptations.....	19
4.1.4 From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies	20
4.1.5 Quality of life among long-term (>5 years) colorectal cancer survivors – Systematic review	21
5.0 Drøfting	22
5.1.1 Fysisk livskvalitet, kroppsbilde, kroppslige endringer, stomi	22
5.1.2 Sosialt nettverk og sosialt funksjonsnivå	27
5.1.3 Depresjon	28
6.0 Konklusjon	31
Referanseliste	32

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

I denne oppgaven er det tatt for seg noen av de problemene pasienter kan gjennomgå i forbindelse med det å få en stomi. På individplan er dette noe undertegnede ønsker å utdype sine kunnskaper om. På generelt sykepleieplan er, ifølge Verdens helseorganisasjon (2014), tykk- og endetarmskreft den nest hyppigste krefttypen hos kvinner og den tredje mest hyppige hos menn i Europa. I Norge er det en av de aller hyppigste kreftformene, med økning (Larsen, 2010). I følge Kreftregisteret (2013) sin kreftstatistikk var det i 2011 3861 tilfeller av tykk- og endetarmskreft i Norge. Antall tykktarmskreft- tilfeller hadde en økning med 63 fra 2010 til 2011. Tykk- og endetarmskreft var i 2011 den nest hyppigste hos begge kjønn, etter prostatakreft for menn og brystkreft for kvinner.

En økning av antall tykk- og endetarmskreft-tilfeller har forekommet i alle de nordiske landene de siste 50 årene, men økningen i Norge er mye større enn i andre land. Dette har medført at Norge har det høyeste antall tilfeller for kvinner i Europa. Grunnen til den høye økningen er ukjent, men henger sannsynligvis delvis sammen med livsstilsendringer i forhold til blant annet kosthold (Kreftregisteret, 2013).

Dersom man sammenligner periodene 2002-2006 og 2007-2011 ser man en generell anslått økning i overlevelse i forbindelse med tykk- og endetarmskreft hos begge kjønn.

Behandlingsforbedrende tiltak som forbedring innen operasjonsteknikk har trolig bidratt til nedgang av dødelighet de siste ti årene (Kreftregisteret, 2013, s. 132). Med økning i antall tilfeller og overlevelse er tykk- og endetarmskreft-pasienter en stor pasientgruppe i det norske helsevesenet. Denne oppgaven vil vektlegge eventuelle tiltak som kan bedre livskvaliteten og pasientforløpet for den delen av denne pasientgruppen som får utlagt tarm (stomi). Helse- og omsorgsdepartementets kreftstrategi (2013) legger vekt på at Norge skal være et godt eksempel for gode pasientforløp. På bakgrunn av dette vil oppgaven ta for seg et svært dagsaktuelt tema som, ifølge undertegnede, har stor overføringsverdi til kreftpasienters selvbilde generelt, særlig med tanke på sykdomsrelaterte endringer.

1.2 Bakgrunn

I 2013 gav Helse- og omsorgsdepartementet ut ”sammen – mot kreft”. Dette er, i et 5 års langt perspektiv, en ny nasjonal kreftstrategi. Et av fem fokusområder er best mulig livskvalitet for

både pasient og pårørende, med et tilrettelagt, integrert rehabiliteringsforløp.

Tjenestekvaliteten skal bedres med utgangspunkt i blant annet pasientenes egne erfaringer.

Det skal også sikres tilgang på helsepersonell som innehar nødvendig kompetanse i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Denne planen stiller krav til alle i helse- og omsorgssektoren og de aktuelle arbeidsområdene de har ansvar for.

Verdens Helseorganisasjon valgte i 1996 å gjøre en vurdering av livskvalitetsbegrepet på bakgrunn av blant annet det økte fokuset innen forskning i forhold til å kartlegge helse. I de nasjonale faglige retningslinjene rettet mot diagnostikk, behandling og oppfølging ved tykktarms- og endetarmskreft (Helsedirektoratet, 2013) nevnes opprettholdelse av livskvalitet hos denne pasientgruppen som et mål ved flere anledninger. Det er dermed et offentlig fokus rettet mot ønsket om økning av livskvalitet for denne pasientgruppen. Det nevnes også viktigheten av kompetent personell i forhold til pasienter med kreft. Det bør i midlertidig påpekes, med tanke på oppgavens problemstilling, at punktene som omhandler livskvalitet, både i ”sammen - mot kreft” og de nasjonale faglige retningslinjene, hovedsakelig retter seg mot palliativ behandling.

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er i hovedsak å øke kunnskapsnivået vedrørende pasienter med colorectal cancer med stomi. Hva kan bedre deres livskvalitet i forhold til de innvirkninger dette måtte ha på deres selvbilde.

1.4 Problemstilling

Problemstillingen lyder som følger:

Hva kan fremme livskvalitet hos pasienter med stomi, i forhold til de innvirkninger dette måtte ha på deres selvbilde?

1.5 Avgrensning

Oppgaven tar for seg pasienter med tykk- og endetarmskreft. Fokuset vil være pasientgruppen med denne krefttypen og de som får stomi i forbindelse med dette. I den grad det lar seg gjøre, vil det tas utgangspunkt i Norge, eller andre land hvor forholdene er sammenlignbare. Pasientgruppen vil være voksne (fra 18 år og oppover) og av begge kjønn. Pårørende til pasienter med stomi og de seksuelle utfordringene ved å ha stomi er temaer som oppgaven vil berøre, men ikke utdype, da dette er svært omfattende emner.

På bakgrunn av oppgavens omfang er det, til tross for deres relevans, en del temaer som ikke vil omtales, de vil nå nevnes fortløpende: Pasienter som av andre årsaker enn tykktarms- eller endetarmskreft får stomi samt palliativ behandling.

1.6 Begrepsavklaring

Begrepene livskvalitet og selvbilde vil nå defineres:

1.6.1 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet har ingen almen godkjent definisjon, og det er ulikt hva som legges i begrepet (Ribu, 2010). Noen definisjoner vil nå nevnes fortløpende:

World Health Organization (1996, s. 5):

Quality of life is defined as individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

Siri Næss sitert av Rustøen, (2001, s. 17):

En person har det godt og har i høy livskvalitet i den grad personen

1 er aktiv

2 har samhørighet

3 har selvfølelse

4 har en grunnstemning av glede

”En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktig for en” (Carol E. Ferrans sitert av Rustøen, 2010, s. 33).

I denne oppgaven er det valgt å ta utgangspunkt i sistnevnte definisjon, som er ytterligere utdypet i teoridelen.

1.6.2 Selvbilde

Det vil nå nevnes to definisjoner på selvbilde.

Gail Stuart (sitert av Hummelvoll, 2012, s. 133) om selv-begrepet.

... alle de forestillinger, meninger og overbevisninger som utgjør individets kunnskap om seg selv, og som influerer dets forhold til andre. Begrepet omfatter persepsjon av dets spesielle egenskaper og evner, dets interaksjon med andre mennesker og med omgivelsene. I selvet ligger individets verdier, som er knyttet til erfaringer og objekter, i tillegg til dets mål og idealer.

Callista Roy (sitert av Rustøen 2001, s. 83).

Sammensetningen av hva man tror på og føler om seg selv på et gitt tidspunkt, formet av interne persepsjoner, og persepsjoner av andres reaksjoner, som er retningsgivende for ens atferd.

Oppgaven tar utgangspunkt i sistnevnte definisjon.

2.0 Teori

I teoridelen vil begreper som er aktuelle for problemstillingen bli ytterligere utdypet.

2.1 Kreft

En hvilken som helst celle i kroppen kan utvikles til en kreftcelle (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006, s. 59). Kreft starter i en celle med genskade (mutasjon). En endring i genets struktur, som at en genbit flytter seg eller at en del av genet blir skiftet ut. Denne feilen videreføres til datterceller, videre og videre til en celle er så skadet at den innehar det som kjennetegner en kreftcelle (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011, s. 127). Det dannes en celleklump, som over tid blir en svulst (tumor). Dersom tumoren er en kreftsvulst, kalles det en ondartet svulst (malign tumor). En malign tumor har ukontrollert cellevekst (Bertelsen et. al. 2011). Svulsten vil over tid spre seg til omliggende vev eller andre deler av kroppen hvor det dannes nye svulster (metastaser). Dersom det er mulig å fjerne hele svulsten med operasjon før det har oppstått metastaser, er pasienten helbredet (Sand et. al. 2006).

2.2 Tykktarms- og endetarmskreft

Tykktarmskreft og endetarmskreft (cancer coli og cancer recti), har en del felles trekk og går derfor ofte under fellesbetegnelsen colorectal cancer (Jacobsen et. al. 2009). Det er betegnelsen som brukes i denne oppgaven.

Kreftformen utspiller seg fra slimhinnen i tarmen. En del arvelige og genetiske faktorer kan spille inn for utviklingen av sykdommen, men de fleste har ingen spesiell arvelig disposisjon.

Inaktivitet, overvekt, røyking, fettriakt kosthold og overforbruk av alkohol er alle miljøfaktorer som øker faren for kreftutvikling. Colorectal cancer er den nest hyppigste kreftformen i Norge, etter prostata cancer for menn og cancer mammae for kvinner. Tallene er økende (Paulsen, 2011).

Sannsynligheten for å utvikle colorectal cancer øker med alderen, og det er særlig den eldre delen av befolkningen som rammes (Larsen, 2010, s. 469). Behandling er i hovedsak kirurgi, ved å fjerne den delen av tarmen tumoren befinner seg i (Larsen, 2010). Prognosen for denne pasientgruppen er avhengig av om kreftsvulsten har utviklet dattersvulster (metastaser) til andre organer (Jacobsen et al. 2009). Totalt er over 60% av de med påvist colorectal cancer i live etter fem år (Larsen, 2010). Behandlingsmålet for denne pasientgruppa er kurativt, ellers er alternativet lindrende og livsforlengende behandling, der det måtte være aktuelt (Paulsen, 2011).

2.3 Stomi

Ved colorectal cancer er operativ behandling førstevalget, når det lar seg gjøre. Hvilken metode som benyttes, er avhengig av svulstens lokalisasjon (Sand et. al. 2006). De vanligste er høyresidig hemikolektomi og venstresidig hemokolektomi. Ved disse inngrepene fjernes en del av tykktarmen (colon) og tarmen forbindes sammen igjen ved en anastomose (Paulsen, 2011, s. 267). Hvis kreften sitter langt nede i endetarmen, fjernes endetarm og endetarmsåpning. Colon legges da ut på bukveggen. Pasienten får da en utlagt tykktarm, altså en colostomi. Pasientens avføring kommer da ut i en colostomipose som er festet rundt pasientens stomi (Sand et. al. 2006). Man har ikke viljestyrt muskulatur i tarmen, og pasienten vil derfor ikke kunne kontrollere avføring eller tarmgass.

I forhold til pasienter med stomi består store deler av sykepleieansvaret å være en underviser og veileder. En del av utfordringen er å undervise en pasientgruppe som er i krise i forbindelse med både operasjon og medisinsk behandling. I møte med pasienter med nyoperert stomi er det viktig å kjenne til de psykiske reaksjonene pasientene kan oppleve i forbindelse med å ha fått stomi. Det er viktig å være bevisst i forhold til hvordan man kommuniserer, og sine egne holdninger. Kunnskaper om stomistell er også nødvendig, da sykepleier skal gjennomføre dette med pasienten (Nilsen, 2010).

2.4 Livskvalitet

En av grunnene til at det kan ligge uklarerhet rundt hva som menes med livskvalitet som begrep, kan være at det benyttes innen ulike fagfelt som psykologi, sosiologi og sykepleie. De faglige tradisjonene preger gjerne hva som legges i begrepet (Rustøen, 2010, s. 30).

I følge King (2012, s. 32) har begrepet livskvalitet vært benyttet i flere år innen helsesektoren. Dette i forhold til pasienter med kreft uten at det ligger en klar definisjon til grunn. Hun trekker også frem at man ikke bør anta at helsepersonell og pasienter deler den samme oppfatningen av begrepet. Leigh og Stovall (2012, s. 432) skriver om livskvalitet at det er både subjektivt, individuelt og situasjonsbestemt, hva hver enkelt legger i begrepet. Samt at å inkludere det i sykepleie til kreftpasienter er både nødvendig og viktig.

Grunnen til at det blir mer fokus rundt begrepet, kan blant annet være det økende antall av eldre i samfunnet, og at flere lever med kroniske sykdommer. Sammensatte og komplekse helseproblemer krever en helhetlig tilnærming som innebærer at pasienten får frem sine opplevelser (Rustøen, 2010). Måling av livskvalitet har også vist seg å være en bra måte å kartlegge pasientens subjektive opplevelser (Ribu, 2010, s. 48). Som overordnet begrep har livskvalitet på mange arenaer erstattet helsebegrepet (Mæland, 2010, s. 24). Men det er viktig å påpeke at de ikke er synonyme, til tross for at det ikke er noen felles enighet om begrepenes betydning (Ribu, 2010, s. 49). Helsebegrepet har i hovedsak fått et biomedisinsk innhold, mens livskvalitet mer innbefatter det psykologiske aspektet (Mæland, 2010, s. 24).

Det er stor enighet om at livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep som består av både positive og negative sider ved livet. Flere eksperter er også enige om at begrepet er både dynamisk og subjektivt (King, 2012, s. 33). En del av målsetningene med bruken av livskvalitetsbegrepet er å flytte fokuset over fra problemene til pasientens ressurser (Ribu, 2010, s. 50). Det finnes ikke noe gullstandard for måling av livskvalitet. Hvordan livskvalitet defineres og måles i studier varierer, men kvantitative målingsmetoder dominerer (Rustøen, 2010, s. 52).

Om man snakker om livskvalitet i forhold til helse, sykdom og behandling, omtales det ofte som helselatert livskvalitet (Ribu, 2010, s. 48-49). Helselatert livskvalitet er et smalere begrep enn livskvalitet og skal innbefatte de deler av begrepet livskvalitet som er helselaterte (Rustøen, 2001, s. 29-30). Begrepet inkluderer fysiske, mentale, sosiale og ofte økonomiske og åndelige forhold, men utelater det av kulturell, fysisk og mental art (Ribu, 2010, s. 48-49). Roop, Payne og Vallerand (2012, s. 47) påpeker midlertidig at det kan være vanskelig å skille fra hverandre hvilke områder som er helselaterte og ikke. Fysisk

livskvalitet er en annet underordnet begrep, Ferrans (1996 s. 301) omtaler det som ”Health and functioning” oversatt av Rustøen (2001, s. 80) til ”Område for helse og fysisk fungering”. Dette innbefatter områder som blant annet: Fysisk uavhengighet, smerte, egen helse og sexliv (Ferrans, 1996, s. 295).

2.5 Livskvalitet i et sykepleieperspektiv

Definisjonen som oppgaven har tatt utgangspunkt i lyder, som tidligere nevnt, som følger:

”En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktig for en” (Carol E. Ferrans sitert av Rustøen, 2010, s. 33).

Definisjonen innebærer videre en firdelt inndeling: Et felt for helse og fysisk funksjon, et psykisk/åndelig område, et sosioøkonomisk og et familieområde (Ferrans, 1996, s. 301).

Definisjonen har stort fokus på utdypelsen av hva de fire områdene inneholder. Området for helse og fysisk funksjon innbefatter blant annet mobilitet, seksualitet og fysiske symptomer. I forhold til det psykiske og åndelige inngår blant annet tilfredshet med livet, selvbilde, mestring og depresjon. Det sosioøkonomiske området innbefatter blant annet utdannelse, arbeid og sosial støtte. Sistnevnte område gjelder ens forhold til familien og deres tilfredshet (Rustøen, 2010, s. 34).

Ferrans er en amerikansk sykepleier som har, med utgangspunkt i sin definisjon, utviklet spørreskjemaer for å kartlegge pasienters livskvalitet (Rustøen, 2010, s. 33-34). Varricchio og Ferrans (2010, s. 12) mener at å vurdere pasienters livskvalitet i klinisk praksis leder til et mer holistisk syn på pasienten, samt at det vil bedre kommunikasjonen mellom pasient og helsearbeider. I definisjonen påpekes det også som svært viktig at det som er viktig for pasientens tilfredshet, trekkes frem.

Ferrans’ definisjon av livskvalitet deler mange av de samme hovedtrekkene som andre definisjoner innen sykepleie og medisin (Rustøen, 2010, s. 34).

2.6 Selvbilde

Selvbilde beskrives av Renolen (2008, s. 121) som vår vurdering av oss selv og at denne vurderingen kan preges av å være overveiende positiv eller negativ. Hummelvoll (2012, s. 134) skriver at et dårlig selvbilde kommer av egne og andres negative oppfatninger, eller at andres oppfatninger tolkes i negativ retning. Selvet skapes ikke av seg selv, men gjennom andre ved sosialisering. Schjølberg (2010) beskriver selvbilde som det personlige selvet. Han

trekker frem selvbilde som det mentale bilde man kontinuerlig har av seg selv og mener at det gjenspeiler hvordan man opplever seg selv i sitt miljø.

Kroppsbilde er en viktig del av selvbilde og vår identitet, og karakteriseres som den subjektive opplevelsen av ens egen kropp (Renolen, 2008). Schjølberg påpeker at kroppsbildet er en fundamental del av selvbildet, da dette er noe som følger oss gjennom hele livet. Sykdom medfører ofte en endring av kroppsbilde. Det blir nødvendig for pasienten å forholde seg til kroppslige endringer utenom den normale aldringsprosessen (Schjølberg, 2010, s. 133). Pasienten må forholde seg til en ny kropp. I noen tilfeller kan endringene skjules, mens i andre er de mer synlige (Renolen, 2008). Kroppslige endringer i forbindelse med kreft og kreftbehandling kan være svært omfattende, og det kan være en enorm påkjenning for pasienten både fysisk og psykisk. Hvordan man forholder seg til de kroppslige endringene, vil variere. Noe som oppleves som svært problematisk for enkelte, trenger ikke å være det for andre (Schjølberg, 2010).

Et skadet selv- eller kroppsbilde vil ha stor innvirkning på rehabiliteringsprosessen (Schjølberg, 2010, s. 135). Dersom man takler utfordringer og traumatiske opplevelser, vil dette medvirke til å utvikle et positivt selvbilde, men dersom påkjenningene blir for store, kan selvbildet brytes ned. Å inneha et positivt forhold til sin egen kropp er dermed avgjørende for et godt selvbilde (Schjølberg, 2010, s. 132).

2.7 Sosialisering

Sosial støtte kan deles inn i to hovedinnfallsvinkler; hvordan en person opplever støtten, og objektiv tilgjengelig støtte fra familie, venner eller andre i ens sosiale nettverk. Sosial støtte er en nøkkelfaktor i forhold til å klare seg gjennom utfordrende livssituasjoner. Det er gjerne ved utfordrende livssituasjoner som sykdom at man merker viktigheten av dette (Renolen, 2008, s. 154-155). Opplevelsen av fellesskap er viktig for menneskers livskvalitet. Ved kreftsykdom kan pasientene isolere seg som en del av en mestringsstrategi. På bakgrunn av synlige kroppslige endringer kan pasienten isolere seg for å skjerme seg fra sårende utsagn eller kommentarer fra sitt sosiale nettverk eller helsepersonell (Lorentsen & Grov, 2010, s. 405-406).

For å kunne mestre alvorlig sykdom er pasientens sosiale nettverk av stor betydning, situasjonen kan både styrke og tære på relasjoner (Renolen, 2008, s. 176). Familien er ofte den viktigste sosiale faktoren i forhold til støtte og opplevd livskvalitet. Når pasienten føler seg maktesløs, kan familien gi nytt håp. Medpasienter kan forstå pasienten i forhold til at de

går gjennom mye som kan sammenlignes. På den måten kan de forstå pasienten på en annen måte en familie og venner og kan dermed oppleves som svært viktige støttespillere (Lorentsen & Grov, 2010, s. 405-406). Å være pårørende til en med en alvorlig diagnose kan være en ny erfaring og de pårørende kan, som pasienten, oppleve uoversiktlig og krise (Grov, 2010, s. 270).

2.8 Depresjon

Depresjon er utbredt hos pasienter med kreft. I begynnelsen kan det oppstå i forbindelse med diagnosen, senere kan det henge sammen med bivirkninger av behandling eller tap av funksjoner (Lorentsen & Grov, 2010, s. 406). Renolen (2008, s. 164-165) skriver at følelsene man opplever i forbindelse med et tap kan, dersom de er sterke nok, utvikle seg til en depressiv lidelse. Ved alvorlig sykdom opplever pasienten tap av for eksempel en kroppslig funksjon, rolle i forhold til sin familie eller tap av sosial kontakt (Renolen, 2008, s. 182). Likevel er det viktig å huske på at å være deprimert ikke er en unormal reaksjon på det å få en alvorlig diagnose som kreft (Lorensen & Grov, 2010, s. 406).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Metode er redskapet for hvordan man går frem for å anskaffe ny kunnskap. Man kan si at alle midler som anvendes for å nå denne kunnskapen, er en del av metoden. Valgt metode bør på best mulig måte kunne belyse aktuell problemstilling på en faglig måte (Dalland, 2007, s. 81).

Det er to overordnede innfallsvinkler å forske på; kvalitativ forskning og kvantitativ forskning. Hvilken metode som er mest hensiktsmessig å anvende, må avgjøres i forhold til hva slags problem forskeren ønsker å besvare. Kvalitativ metode tar utgangspunkt i få individer. Forskeren er subjektiv og går dypt inn i problemstillingen. Metoden gir beskrivende og mange opplysninger om en liten gruppe. Kvantitativ forskning tar for seg et stort omfang, et stort antall individer. Forskningen er objektiv, strukturert og resultatene generelle (Olsson & Sörensen, 2003). Man kan si at kvalitativ metode vises i ord, mens kvantitativ vises i tall. De ulike tilnæringsmetodene virker utfyllende i forhold til hverandre (Olsson & Sörensen, 2003, s. 42-43).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven benytter seg av litteraturstudie som metode. Ved denne type studie er det innsamlet litteratur oppgaven baseres på. Dette gjennomføres ofte ved systematiske litteratursøk hvor oppgaven til slutt tar utgangspunkt i et bestemt antall vitenskapelige artikler eller andre type rapporter. I tillegg til artiklene har oppgaven bakgrunns litteratur. I en avsluttende drøftingsdel vil all bakgrunns litteratur og de vitenskapelige artiklene sees i forhold til hverandre (Olsson & Sørensen, 2003, s. 91). Svakheter ved denne metoden kan være om forfatteren kun velger artikler som understøtter egne synspunkter eller begrenset tilgang til relevant forskning, eller ulike konklusjoner gjort av eksperter på samme felt (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

3.3 Litteratursøk

Litteratursøkene ble gjennomført i følgende databaser: Svemed, Cinahl, Vård i Norden, McMasterPLUS, PubMed, Cochrane. Litteraturlistene til aktuelle artikler fra nevnte databaser ble også benyttet for å finne ytterligere artikler. Nevnte databaser ble ansett som et tilfredsstillende grunnlag for å kunne dekke oppgavens problemstilling med den sykepleiefaglige vinklingen. Benyttede søkeord vil nå nevnes fortløpende: Quality of life, colorectal cancer or cancer, stoma or ostomy, en del av søkene inneholdt til å begynne med: body image, før det ble erstattet av: self image. I enkelte av databasene ble søket avgrenset med å utelukke palliasjon og begrense treffene til Europa etter år 2000.

Denne litteraturstudien baserer seg i hovedsak på fem utvalgte artikler. Annen litteratur som er benyttet, er pensum og annet aktuelt funnet gjennom bibliotekbasen BIBSYS Ask. Det er tilstrebet å benytte nyere litteratur og det tidligste som er benyttet i oppgaven er fra 2003, med unntak av noe litteratur i forhold til definering og omtalelse av begrepene livskvalitet og selvbilde.

3.4 Kildekritikk

Som hovedartikler er det benyttet tre kvantitative og to kvalitative artikler. Av de kvantitative er det en systematisk oversiktsartikkel og to studier. Oppgaven har tatt utgangspunkt i ulike forskningsmetoder for å danne et best mulig grunnlag for å kunne besvare problemstillingen.

Artikkelen skrevet av Ross, Abild-Nielsen, Thomsen, Karlsen, Boesen og Johansen (2006) er valgt på bakgrunn av svært høy relevans for problemstillingen. Den tar for seg livskvalitet hos pasienter med colorectal cancer både med og uten stomi. Studien finner sted i Danmark, som

anses å være et land hvor forholdene kan sammenlignes med norske. Artikkelen ble utgitt i tidligste laget, 2006, og innehar lav svarprosent. Ulempen ved dette er at artikkelen innehar svært begrensede muligheter for generalisering. Til tross for dette anses artikkelen som så relevant at oppgaven blant annet tar utgangspunkt i denne. Pasienter med colorectal cancer med og uten stomi kan ses som en sårbar gruppe, noe som kanskje gjenspeiles i den lave svarprosenten.

Artikkelen skrevet av Whistance, R. N., Gilbert, R., Fayers, P., Longman, R. J., Pullyblank, A., Thomas, M. & Blazeby, J. M. (2009) er tatt med på bakgrunn av at den kartlegger både livskvalitet og kroppsbilde til pasienter med colorectal cancer med og uten stomi.

Oppgavens problemstilling kan i store trekk sies å være av kvalitativ karakter og det er på bakgrunn av dette at studiene til Sun, Grant, McMullen, Altschuler, Mohler, Hornbrook, Herrinton, Baldwin, og Krouse (2013) og Sun, Grant, McMullen, Altschuler, Mohler, Hornbrook, Herrinton og Krouse (2014) ble valgt ut. Begge artiklene tar utgangspunkt i den samme studien, noe som kan anses å være en svakhet. Til tross for dette ble de valgt ut på grunn av svært høy aktualitet for flere aspekter ved oppgavens problemstilling, og de ble ansett som noen av de aller mest relevante artiklene gjennom litteratursøkene.

Den siste artikkelen skrevet av Jansen, Koch, Brenner og Arndt (2010) er en systematisk oversiktsartikkel som er basert på et omfattende litteratursøk. Artikkelen er valgt ut på bakgrunn av muligheten for generalisering. Studien har sitt utgangspunkt i Tyskland, men påpeker, uten at dette utdypes ytterligere, at de fleste studiene artikkelen tar utgangspunkt i, finner sted i USA.

3.5 Etiske overveielser

Ved forskningsrelatert arbeid må det tas hensyn til hvilke etiske utfordringer man kan treffe på og hvordan disse kan løses. Når det må tas stilling til vanskelige forhold skal man la seg veilede av etikken før handling (Dalland, 2007, s. 232). I slike arbeidsprosesser er eksempler på uærlig arbeid, plagiat og endring av resultat og metoder så det støtter ønskelig teori. Plagiat kan i store trekk beskrives som å kopiere ideer, tekst eller resultat uten å henviser til dets rette eier (Kjellström, 2012, s. 87).

I forhold til medisinsk og helsefaglig forskning er det i hovedsak Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013) som er aktuell. Deklarasjonen inneholder en rekke sentrale etiske prinsipper i forhold til forskning som involverer mennesker (World Medical

Association, 2013). Blant annet stilles det krav til at det skal tas hensyn til forsøkspersonene fremfor forskning og samfunn (Dalland, 2007, s. 235). Helsinkideklarasjonen anses på internasjonalt nivå som etiske retningslinjer for medisinsk forskning (Olsson & Sörensen, 2003, s. 60).

Alle hovedartiklene som er anvendt i denne oppgaven er godkjent av en etisk komite og artiklene opprettholder anonymisering av pasientene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine sjekklister for vurdering av forskningsartikler (2008) er anvendt for kvalitetssikring av artiklene. Oppgaven er skrevet i samsvar med generelle retningslinjer for oppgaveskriving i Høgskulen Stord/Haugesund sin rammeplan for bachelor i sykepleie og retter seg etter Forskrift om studier og eksamen ved HSH (2011).

4.0 Resultat

4.1 Forskningsartikler

4.1.1 Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma

Forfattere: Ross, L., Abild-Nielsen, A. G., Thomsen, B. L., Karlsen, R. V., Boesen, E. H. & Johansen, C. (2006).

Introduksjon: Colorectal cancer er en av de hyppigste kreftformene i vestlige industriland.

Hensikt: Studiens hensikt er å vurdere livskvaliteten hos personer med colorectal cancer med og uten stomi.

Metode: Pasientene ble fulgt opp over en 2-årsperiode og gikk gjennom et telefonintervju 3, 6, 12 og 24 måneder etter at de ble skrevet ut fra sykehuset. 592 pasienter ble kalt inn til studien og 265 ble rekruttert og deltok. Ved toårsoppfølgingen var det 171 pasienter som fortsatt var i live og fullførte studien.

Resultat/Funn: To spørreskjemaer ble benyttet i studien, hovedskjemaet tar for seg opplevelse av livskvalitet hos pasienter med kreft, mens det andre retter seg spesifikt mot livskvalitet i forhold til pasienter med colorectal cancer. Spørreskjemaene berører 27 forskjellige variabler av symptom- og funksjonsrelatert art.

Konklusjon: Det konkluderes med, ut fra funnene, at begge pasientgruppene opplever begrensninger i forhold til deres livskvalitet. Pasienter med stomi skårer lavere på flere punkter i forbindelse med livskvalitet i forhold til pasientgruppen uten stomi.

4.1.2 Assessment of body image in patients undergoing surgery for colorectal cancer

Forfattere: Whistance, R. N., Gilbert, R., Fayers, P., Longman, R. J., Pullyblank, A., Thomas, M. & Blazeby, J. M. (2009).

Introduksjon: De siste årene har det vært økende fokus på pasienters opplevelser i forbindelse med helse relatert livskvalitet. For pasienter med colorectal cancer er kroppsbilde et viktig fokusområde i forhold til kroppslige endringer.

Hensikt: Hensikten med studien er å kartlegge kroppsbilde og helse relatert livskvalitet hos pasienter med colorectal cancer i forbindelse med operasjon.

Metode: Studien har tatt utgangspunkt i to sykehus i England. 82 pasienter, 48 av dem mannlige.

To spørreskjemaer ble benyttet i studien. Ett for å måle livskvalitet hos pasienter med kreft, og ett for å kartlegge pasientenes kroppsbilde. Pasienter fra 2 uker til 5 år etter operasjonen ble inkludert i studien for å sikre et bredt omfang i forhold til opplevde symptomer og hverdagsliv.

Resultat/Funn: Pasienter med stomi viste signifikant høyere resultater i forhold til problemer med kroppsbilde.

Konklusjon: Studien viser at pasientgruppen med stomi hadde signifikant lavere resultat når det gjelder kroppsbilde i forhold til de som gjennomførte en vanlig reseksjon.

4.1.3. Surviving Colorectal Cancer – Long-term, Persistent Ostomy-Spesific Concerns and Adaptations.

Forfattere: Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Alschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., Baldwin, C. M. & Krouse, R. S. (2013).

Introduksjon: Antallet som får og overlever colorectal cancer, er økende. Det er en stor pasientgruppe som må leve med konsekvensene av sin kreftsykdom.

Hensikt: Studiens hensikt er å belyse problemer og tilpasning pasientene må gjennomgå ved å leve med stomi på lang sikt.

Metode: 282 pasienter med tidligere diagnostisert colorectal cancer og stomi som følge av dette, deltok i studien. Et utvalg av pasientene, basert på de med lavest og høyest skår i forhold til helserelatert livskvalitet, ble delt inn i fokusgrupper for å dele sine utfordringer og tilpasning i forhold til det å ha en stomi. Utvalget besto av 16 kvinner og 17 menn.

Resultat/Funn: Fokusgruppene sine samtaler viste at det er vanlig å ha problemer relatert til det å ha stomi mer enn fem år etter operasjonen. Hvordan pasienten tilpasser seg er individuelt, ved prøving og feiling. Pasientene opplevde stadig utfordringer i forhold til å finne løsninger med å leve med stomi. Daglig stell av stomi var et tema som var hyppig oppe i alle fokusgruppene.

Konklusjon: Studiens resultater viser at stomirelaterte problemer er vanlig hos pasienter også 5 år og mer etter operasjonen. Tilpasningen ser ut til å skje på individuelt plan gjennom prøving og feiling. Artikkelen konkluderer med at funnene deres underbygger nødvendigheten av et langtidstilbud for denne pasientgruppen, for at pasientene bedre kan mestre å tilpasse seg å leve med stomi.

4.1.4 From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies

Forfattere: Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Alschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J. & Krouse, R. S. (2014).

Introduksjon: Artikkelen tar utgangspunkt i det samme studie som artikkelen: Surviving Colorectal Cancer – Long-term, Persistent Ostomy-Specific Concerns and Adaptations. Forfatterne er de samme med unntak av Baldwin, C. M. som kun er med i artikkelen med tittelen: Surviving Colorectal Cancer – Long-term, Persistent Ostomy-Specific Concerns and Adaptations. Artikkelen er utgitt hver for seg og tar for seg ulike temaer i forhold til langtidsoverlevende pasienter med stomi på bakgrunn av colorectal cancer.

Hensikt: Artikkelen sine hensikt er å belyse langtidsoverlevende pasienter med stomi og colorectal cancer sine positive og negative opplevelser fra helsevesenet.

Metode: 33 pasienter, 16 kvinner og 17 menn, ble delt inn i åtte fokusgrupper. Diskusjonene i gruppene ble analysert og delt inn i forskjellige kategorier.

Resultat/Funn: Pasientene diskuterte sine positive og negative opplevelser fra helsevesenet, inkludert behovet for å ha tilgang til en stomisykepleier også i langtidsforløpet, for hjelp til selvhjelp.

Konklusjon: Utfra studiens funn konkluderes det med at langtidsoverlevende pasienter med colorectal cancer og stomi har både positive og negative opplevelser i forhold til sitt møte med helsevesenet, uavhengig av kjønn og helserelevanter livskvalitet. Et langtidsstøtteapparat som denne pasientgruppen kan benytte seg av, anses som nødvendig for å øke en positiv tilnæringsmetode og deres helserelevanter livskvalitet.

4.1.5 Quality of life among long-term (>5 years) colorectal cancer survivors – Systematic review

Forfattere: Jansen, L., Koch, L., Brenner, H. & Arndt, V. (2010).

Introduksjon: Colorectal cancer er en av de aller mest utbredte kreftsykdommene i verden og er tilnærmet like vanlig blant begge kjønn. Livskvalitet er blitt en svært viktig målbar faktor, tross for at det ikke finnes noen allment akseptert definisjon.

Hensikt: Hensikten med denne systematiske oversikten er å belyse livskvaliteten til langtidsoverlevende pasienter med colorectal cancer.

Metode: Studien har gjennomført systematiske søk i ulike databaser. Søkene tok utgangspunkt i langtidsoverlevende pasienter med colorectal cancer.

Resultat/Funn: Artikkelen viser at pasienter med colorectal cancer i det store og hele viser god livskvalitet, men noe lavere enn den øvrige befolkningen i forhold til fysisk livskvalitet. Funnene viser også lavere poengsummer i forhold til depresjon og opplevde problemer relatert til tarmsystemet og kreft.

Konklusjon: Til tross for god livskvalitet, har pasienter med colorectal cancer spesifikke problemer relatert til fysisk og psykisk livskvalitet. Disse rapporterte faktorene kan hjelpe til med å finne de i pasientgruppen som har spesielle behov som ikke blir møtt. Studien konkluderer også med at ytterligere studier er nødvendig for å kartlegge problemer relatert til depresjoner, mage-/tarmsystem og engstelighet.

5.0 Drøfting

5.1 Livskvalitet og selvbilde

I Ferrans' definisjon av livskvalitet trekkes et godt selvbilde frem som en avgjørende faktor. Selvbilde nevnes blant flere andre punkter innunder det psykiske og det åndelige (Rustøen, 2010, s. 33-34). Nedsatt livskvalitet hos pasienter med colorectal cancer bekreftes av alle hovedartiklene som er anvendt i denne oppgaven (Sun, et al. 2013, Sun, et. al. 2014, Jansen, et. al. 2010, Ross, et al. 2006, Whistance, et al. 2009). Hvis man ser nærmere på hvilke områder pasientene opplever nedsatt livskvalitet, er det også en del felles faktorer. I den systematiske oversikten til Jansen et al. (2010) er punktene som trekkes frem: lavere fysisk livskvalitet, høyere forekomst av depresjoner, langtidssymptomer i form av mage-tarm problemer og engstelighet i forbindelse med kreften. Det å ha stomi har stor innvirkning på livskvaliteten. Det er sterke bevis på nedsatt sosialt funksjonsnivå hos begge kjønn, og nedsatt fysisk og psykisk livskvalitet ses hyppigst hos kvinner. I artikkelen til Sun et al. (2013) er hovedfunnene relatert til utfordringene med å tilpasse seg det å ha stomi. I studien til Ross et al. (2006) som tok for seg livskvalitet hos pasienter med colorectal cancer med og uten stomi, viste pasientgruppen med stomi signifikant høyere resultater i forhold til depresjoner, dårligere sosialt funksjonsnivå og større problemer i forhold til kroppsbilde.

Nedsatt selvbilde nevnes i en andel av artiklene, men er ikke ytterligere utdypet. På den annen side er flere av de nevnte områdene en del av, eller kan knyttes sterkt opp mot selvbilde. Det vil nå fokuseres på de ulike områdene og hva som kan virke positivt inn på pasientenes livskvalitet.

5.1.1 Fysisk livskvalitet, kroppsbilde, kroppslige endringer, stomi

En kroppslig endring virker inn på vårt selvbilde og vår selvfølelse. Problemene kan oppleves fysisk, rent praktisk, seksuelt eller psykisk (Schølberg, 2013, s. 144). Callista Roy deler selvbilde inn i det fysiske og personlige (Rustøen, 2001, s. 83). Det fysiske henger sammen med hvordan man oppfatter kroppen sin. Kroppslige endringer ved sykdom kan påvirke selvbildet vårt. Ross et. al. (2006) sine resultater i studien viser at pasienter med stomi i mye større grad har problemer i forhold til kroppsbilde enn de de pasientene med colorectal cancer uten stomi. Det påpekes også at flere andre studier har konkludert med det samme. I artikkelen vedrørende vurdering av kroppsbilde hos pasienter med colorectal cancer viser

funnene at pasienter med stomi skårer signifikant dårligere enn de som gjennomgikk en enkel tarmreseksjon. I den anledning påpekes viktigheten av å ta hensyn til pasientens kroppsbilde når det planlegges å anlegge en stomi (Whistance, 2009). Sun et al. (2014) beskriver at pasientene i fokusgruppene husker godt gode og dårlige opplevelser rundt oppdagelsen og diagnostiseringen av kreften i lang tid. Med dette konkluderer artikkelen med at langtidsvirkningene av tidlig kommunikasjon ikke bør undervurderes.

Jansen et al. (2010) viser til resultater som hentyder til at pasienter med colorectal cancer har nedsatt fysisk livskvalitet som i hovedsak skyldes tilleggssykdommer og symptomer. Mage- og tarm-problematikk var blant annet svært vanlig. Ferrans og Powers trekker frem at ulike symptomer i forbindelse med sykdom og behandling kan ha stor innvirkning på pasientens livskvalitet. Pasientene må da få hjelp til å bli kvitt plagene eller lære seg å leve med dem så godt det lar seg gjøre. Det er individuelt hvordan man takler slike utfordringer og det er derfor svært viktig at pasienten opplever at det de selv anser som viktig blir vektlagt (Rustøen, 2001, s. 80-81).

Pasienter som får anlagt stomi i forbindelse med colorectal cancer opplever dårligere livskvalitet enn de med colorectal cancer som ikke får anlagt stomi (Ross et al. 2006, Whistance et al. 2009, Jansen et al. 2010). Med dette utgangspunktet kan man trekke slutninger til at det å få anlagt stomi har stor betydning for en pasientens livskvalitet og selvbilde. Rustad og Borstein (2010, s. 481) skriver, i forbindelse med kreft, at det å få anlagt en stomi medfører en endring i selvbilde. Det er en uønsket endring av kroppen og forårsaker at pasienten mister en naturlig kroppsfunksjon. Sun et al. (2013) henviser til flere studier hvor resultatene viser at de som opplevde store utfordringer i forhold til endring av kroppsbilde, hadde større problemer med å tilpasse seg det å få en stomi enn de som opplevde mindre endringer i opplevd kroppsbilde. Studien påviser også at psykologiske problemer relatert til det å få en stomi i stor grad relateres til lav tilfredshet med kroppsbildet.

I studien til Ross et al. (2006) viste forsøkspersonene som fikk anlagt stomi ved sin første colorectal cancer relaterte operasjon, høyere livskvalitet enn de som fikk det på et senere tidspunkt. De som fikk det på et senere tidspunkt, opplevde større problemer i forhold til blant annet depresjon, angst og lavere fysisk og seksuell funksjon. Det kan hende at pasientene opplevde det å få stomi som en mer underordnet faktor i utgangspunktet, enn dersom man møter denne utfordringen på et senere tidspunkt. En annen forklaring er at disse stomiene ble anlagt på bakgrunn av komplikasjoner som lekkasje fra tarm-anastomosen, noe som kan

medføre lavere livskvalitet (Ross et al. 2006). Kun en av hovedartiklene denne oppgaven har tatt utgangspunkt i, tar opp denne mulige problemstillingen. Men funnene hentyder til at disse pasientene kan være en utsatt gruppe for nedsatt livskvalitet, som sykepleiere da eventuelt må være ekstra observante i forhold til.

Sun et al. (2014) sine funn trekker frem at behovet til de med colorectal cancer og stomi i store trekk retter seg spesifikt mot håndtering av stomien. Det henvises også til at flere andre studier har gjort samme funn. Funnene gjelder i forhold til pasienter i et langtidsperspektiv, altså fem år eller mer etter kurativ behandling. Det fokusgruppene opplevde som mangelfullt, var i hovedsak tips og triks i forhold til hverdagsutfordringene med det å ha en stomi. Dette innebar områder som valg av klær, nødvendige tilpasninger i forhold til kosthold, mage-tarm-problematikk og spesifikt utfordringer i forhold til å ta hånd om stomien. Å tilpasse seg stomien var individuell og basert på prøving og feiling (Sun et al. 2013). Når en pasient har fått en stomi, kan opplevelsene i forbindelse med den nye situasjonen være knyttet til stor grad av hjelpeløshet, i tillegg til manglende kunnskaper (Nilsen, 2010, s. 116).

Pasientene i fokusgruppene brukte internett i søken på tips og triks i forhold til det å leve med stomi, men alle opplevde at informasjonen de fant, kun var grunnleggende (Sun et al. 2014). Dette viser tydelig hvor viktig sykepleierrollen er ovenfor disse pasientene. Rustad og Borenstein (2010, s. 481) skriver at i forhold til pasienter med stomi, er sykepleierens viktigste oppgaver å hjelpe pasienten med stell av stomien og det å lære seg å leve med stomien (Rustad og Borenstein 2010, s. 481).

Fokusgruppene i studien til Sun et al. (2014) forklarte at en positiv dialog med sykepleiere var avgjørende for en god tilpasning til stomien. De negative erfaringene til pasientene var knyttet til inntrykk av at sykepleierne som underviste dem i stomistell, ikke gav uttrykk for å kunne det. Det opplevdes som frustrerende og vanskeliggjorde det å tilpasse seg stomien. Pasientene trakk også frem at det var vanskelig å vite hva man lurte på, og at man da ikke fikk informasjonen man trengte. Når sykepleier underviser i stomistell og stomiutstyr, skal man hjelpe til å øke pasientens kunnskapsnivå og grad av selvstendighet (Nilsen, 2010, s. 117). Indrebø (2013, s. 444-445) skriver at opplæring er en forutsetning for at pasienten skal håndtere hverdagen med stomi, samt at det er en avgjørende faktor at sykepleiere har kunnskaper om stomi. I forhold til praksis trekker Indrebø (2013, s. 470) på den annen side frem at kortere liggetid på sykehus gjør at det blir mindre tid til opplæring av stomistell. Sun et al. (2014) påpeker forståelse for at ikke alle sykepleiere er trent i å undervise pasienter om

stomier, men mener at alle burde inneha nødvendig innsikt til å kunne hjelpe pasientene med å ta hånd om deres stomier.

Sun et al. (2014) bemerker at det er mangelfullt med kunnskapsbasert forskning i forhold til de spesifikke behovene langtidsoverlevende pasienter med colorectal cancer og stomi opplever. En bedring av informasjonskilden på dette punktet kan fremme et mer positivt bilde for pasienters møte med stomi og stomirelaterte problemstillinger (Sun et al. 2014). Som sykepleier møter man pasienter med stomi i alle deler av helsesektoren. Man har i den forbindelse et ansvar for pasientens opplæring av stomistell og det at pasientene skal leve med stomi. Det er viktig for pasientens livskvalitet at de er så selvhjulpne som mulig (Indrebø, 2013, s. 445). Sun et al. (2013) skriver at godt utarbeidet teknisk utstyr har begrenset innvirkning på pasientenes tilpasning; det er viktig, men det er minst like viktig at pasienten lærer seg gode strategier i forhold til å ta hånd om stomien.

Øverlie (2013, s. 433) skriver at det er vanlig prosedyre å følge opp pasienter med colorectal cancer i 5 år etter kurativ behandling, først og fremst for å observere tegn på tilbakefall. Jansen et al. (2010) skriver at den overordnede livskvaliteten i store trekk er sammenlignbar med den øvrige befolkningen. De fleste pasienter med colorectal cancer ser ut til å ha lignende psykiske resultater med den øvrige befolkningen. Dette kan være falske positive tall, da kun 3 av de 10 studiene artikkelen tar utgangspunkt i, har en svar prosent over 60%. To av studiene trekker frem at de som ikke deltok, hadde mer lokale sykdommer. Colorectal cancer pasienter kan anses som en utsatt gruppe å forske på. Det er mulig at flere av de som ikke deltok, har dårlig helsetilstand og at pasientgruppen har lavere livskvalitet enn artikkelens funn viser. Til tross for at de studiene artiklene har tatt utgangspunkt i, viser en god overordnet livskvalitet, trekkes det frem at pasientgruppen med colorectal cancer, med og uten stomi, har spesifikke problemer som depresjoner, engstelighet og mage-tarm-problemer som virker negativt inn på deres livskvalitet også i et langtidsforløp. Ferrans (Ribu, 2010, s. 50-51) definisjon av livskvalitet fokuserer på hvordan pasienten opplever å bli påvirket av sin situasjon, sykdom og behandling. Sun et al. (2013) sine funn viser at problemer relatert til stomien var vanlig hos pasienter som deltok i studien mer enn fem år etter kurativ behandling. Sun et al. (2014) sitt forslag for praksisforbedrende tiltak er et langtidsstøtteapparat for at pasienter skal oppleve bedre tilpasning og mestring i forhold til det å leve med stomi. Med dette mener de et tilbud for møte med stomisykepleier med fokus på opplæring hvor det er rom for spørsmål. Dette er muligens mest aktuelt når pasientene opplever endringer i sine kontekster som skifte av bosted eller vektøkning. Indrebø (2013, s. 470) beskriver at hvordan

det praktiseres med kontrolltimer hos en stomisykepleier varierer, men at det vanlige er at pasienten tilbys fire oppfølgingstimer i løpet av det første året.

Pasientene i fokusgruppene i studien til Sun et al. (2014) opplevde det også som svært avgjørende for deres livskvalitet å omgås personer i lignende situasjoner, og at dette var svært verdifullt i deres langtidstilpasning i forhold til å leve med stomi. I Norge finnes det to pasientorganisasjoner for stomiopererte, Landsforening mot fordøyelsessykdommer og Norsk forening for stomi- og reservoaropererte. Begge foreningene har medlemsmøter og medlemsblader (Indrebø, 2013, s. 471). Undertegnedes praksiserfaring tilsier at det blir flittig informert om dette tilbudet.

Forslagene til praksisforbedrende tiltak fra studiene til Sun et al. (2013) og Sun et al. (2014) har tatt utgangspunkt i et lavt antall individer og har på bakgrunn av dette ikke muligheten for å generaliseres. I og med at studien er utført i USA, er det også begrenset hvor langt man kan trekke sammenligningen til norske forhold. På den annen side kan forslagene være en vekker i forhold til hvilke områder man som sykepleier burde være ekstra observant i forhold til og eventuelt investere ekstra tid og energi i. Å vite hva som er viktig for pasienten, kan anses som et sykepleietiltak i seg selv. I tillegg til dette er det vanskelig å vurdere hvilke tiltak som vil ha positiv innvirkning, ikke bare på livskvalitet, men på selvbildet, spesielt da artiklene ikke tar for seg samme innfallsvinkel som denne oppgaven. Rustøen (2010, s. 46) viser til at det fremdeles er behov for omfattende forskning for å kunne kartlegge hva som virker mest inn på en pasients livskvalitet. På bakgrunn av at livskvalitet er et begrep av subjektiv karakter, vil også individuelle forskjeller spille inn. Det kan antas at det som virker positivt inn på livskvalitet i forhold til et endret kroppsbilde, stomi, depresjon og det sosiale, også har en positiv innvirkning på selvbilde. Det bør også trekkes frem at alle de anvendte hovedartiklene etterlyser ytterligere forskning til valgt innfallsvinkel i forhold til pasienter med colorectal cancer og stomi (Ross et al. 2006, Sun et al. 2014, Sun et al. 2013, Jansen et al. 2010, Whistance et al. 2009). Jansen et al. (2010) etterlyser mer forskning spesifikt i forhold til engstelighet, depresjoner og mage-tarm relaterte problemer for langtidsoverlevende pasienter med colorectal cancer. Jansen et al. (2010) trekker også frem at å forske på denne pasientgruppen kan hjelpe til med å identifisere de pasientene som har spesielle behov som ikke oppfylles. Å tilpasse seg det å ha stomi på det psykiske plan tar tid og er en prosess som vil pågå lenge etter sykehusutskrivelse (Indrebø, 2013, s. 470).

5.1.2 Sosialt nettverk og sosialt funksjonsnivå

Å ha en anlagt stomi har konsekvenser for pasienten både psykisk og sosial å kan være svært komplekst sammensatt. En vellykket tilpasning av det å ha en stomi krever blant annet god sosial støtte (Sun et al. 2013). Sun et al. (2013) henviser til at dagens litteratur som tilsier at sosialt velbefinnende og mottatt sosial støtte er avgjørende for opplevd livskvaliteten og kan lede til bedre tilpasning og mestring av det å få en stomi. Indrebø (2013, s. 450) henviser til at Nordisk standard for stomisykepleie som påpeker at pasienten skal få informasjon om livet med stomi og hvilke innvirkninger dette kan ha på det sosiale liv.

Ross et al. (2006) sine forskningsfunn viste signifikant lavere sosialt funksjonsnivå hos de med stomi og colorectal cancer, enn hos de med colorectal cancer uten stomi, i hvert fall i en midlertidig periode. I oversiktsartikkelen til Jansen et al. (2010) er nedsatt sosial livskvalitet hos begge kjønn noen av de aller sikreste funnene. Artikkelen påviser også at et stort sosialt nettverk med mange nære venner og slektninger var assosiert med bedre generell livskvalitet. Fokusgruppene i studien til Sun et al. (2013) beskriver at pasientene satte pris på kunne dele sine livserfaringer i forhold til det å ha stomi med sine familiemedlemmer. På den annen side ble det beskrevet som en stor påkjenning når familien ikke viste forståelse for hva de gikk igjennom ved å leve med en stomi.

Noe som hyppig ble trukket frem som en påkjenning av fokusgruppene i studien til Sun et al. (2013), var uhell i offentlig setting. Flere av pasientene hadde gjennom årene opplevd tarmgass som de ikke har mulighet til å kontrollere, lekkasje fra stomiposen eller at stomiposen sprakk. Dette medførte at pasientene ble særdeles pinlig berørte og opplevde et økt angstnivå. Flere av pasientene opplevde å bli helt utslitt av å hele tiden være bevisst på stomien for å unngå pinlige situasjoner. De rådene pasientene delte med hverandre i disse fokusgruppene omhandlet i hovedsak hvordan man kunne unngå stomirelaterte problemer når man befant seg i en offentlig setting. Dette innebar blant annet å alltid pakke med masse ekstra stomiutstyr og ekstra klær (Sun et al. 2013).

Disse funnene kan hentyde til at mye av den generelle nedsatte livskvaliteten pasientene opplever er direkte knyttet til utfordringer i forhold til det å ha en stomi. Sun et al. (2013) sine fokusgrupper trekker flere ganger frem at det som hemmer pasientene å opptre i offentlig setting er muligheten for å havne i pinlige situasjoner relatert til stomien. I forhold til de nevnte opplevelsene som lekkasje fra stomien og tarmgass er det sånt som dessverre kan forekomme, men enkelte ganger kunne det muligens vært unngått dersom pasientene hadde

fått ytterligere oppfølging i stell og skift av stomi, samt kostholdsråd. Det er mye man kan gjøre i forhold til disse problemene og det er i hovedsak sykepleiere som sitter på disse kunnskapene. Med dette forsøkes det å påpeke viktigheten av sykepleieren og relasjonen mellom sykepleier og pasient på dette området. Det er alltid begrenset hva man rekker å vise og informere hver pasient om, så det settes ikke spørsmålstegn ved sykepleierens innsats, men heller begrenset opplæring generelt. Undertegnede støtter seg til Sun et al. (2013) sitt praksisforbedrende tiltak om et langtidsstøtteapparat, med et tilbud om møte med stomisykepleier med fokus på opplæring hvor det er rom for spørsmål. Faren ved å ikke ha dette tilbudet kan være at dersom ikke sykepleieren snakker med pasienten om det som er vanskelig i forhold til dette, er det ikke sikkert pasientene snakker med noen om det. Hvis noen andre tar disse samtalene, er det også en stor mulighet for at de ikke innehar samme kompetanse og kunnskapsnivå som sykepleieren.

5.1.3 Depresjon

De psykologiske utfordringene pasienter møter i forbindelse med colorectal cancer, er blant annet liten grad av sosial støtte og depresjoner (Sun et al. 2013). Fokusgruppene i studien utført av Sun et al. (2013) trakk frem at de opplevde engstelighet med kreftrelaterte undersøkelser i etterkant av kurativ behandling, samt frykt for tilbakefall i forhold til kreftsykdommen. Ross et al. (2006) sine forskningsresultater viser at pasienter med stomi opplevde mye høyere forekomst av depresjoner enn pasientgruppen med colorectal cancer uten stomi, og det påpekes i artikkelen at dette er på linje med flere andre studier. Pasienter i studien som i utgangspunktet ikke trengte stomi, men fikk dette på et senere tidspunkt, viste ytterligere høyere forekomst av depresjoner. I oversiktsartikkelen til Jansen et al. (2010) viser funnene at pasienter med colorectal cancer mer enn fem år etter kurativ behandling har høyere forekomst av depresjoner enn den øvrige befolkningen i samme aldersgruppe. Artikkelen konkluderer ut fra dette med at ytterligere studier trengs som fokuserer på depresjoner hos denne pasientgruppen i et langtidsforløp.

Til tross for at Ross et al. (2006), Jansen et al. (2010) og Sun et al. (2013) alle nevner høyere forekomst av depresjoner hos denne pasientgruppen, utdypes det ikke ytterligere hvorfor pasientene opplever depresjoner eller hvilke tiltak som kan forhindre dette. Dette kan man sette spørsmålstegn ved, da det for eksempel i studien til Ross et al. (2006) kommer frem at depresjoner er en av de tre høyeste målte verdiene i studien, av totalt 27 variabler. På den annen side er dette et kvantitativ kartleggingsstudie, hvor dette ikke anses som artikkelens hensikt å belyse dette.

At pasienter med colorectal cancer har lavere livskvalitet bekreftes, som nevnt tidligere, av alle hovedartiklene denne oppgaven tar utgangspunkt i. Men disse funnene er vel egentlig ikke overraskende? Denne pasientgruppen har eller har hatt en alvorlig kreftsykdom som, for noen har medført en kronisk tilstand med stomi som for enkelte vil vare livet ut. I et helsepolitisk og sykepleiefaglig perspektiv vil de neste naturlige spørsmålet kanskje være: Ja, men hva så, hva gjør vi nå? Hva vil de praksis forbedrende tiltakene være?

Renolen (2008) beskriver at depressive lidelser kan komme som en reaksjon på utfordringer i livet som oppleves for store til å takle. For denne pasientgruppen kan det antas å skyldes årsaksfaktorer som negative endringer i sosialt liv og sexliv, endret kroppsbilde samt frykten for pinlige, stomirelaterte opplevelser. Alle disse områdene er felt som sykepleieren har kunnskap, informasjon og aktuelle praksiserfaringer i forhold til. Dersom disse ressursene benyttes i relasjon med pasienten vil dette mest sannsynlig virke positivt inn på de årsaksfaktorene som fremkaller depresjonen. Som nevnt innledningsvis vil ikke oppgaven ta for seg problemstillingen i forhold til pasientens sexliv da dette er et svært omfattende tema. Til tross for dette bør det ikke undervurderes i forhold til hvilken innvirkning det har på pasientens livskvalitet. Schjølberg (2013, s. 140) skriver, vedrørende temaet, at uansett om man lever det ut eller ikke er seksualitet en viktig del av oss. Han påpeker videre at det fremdeles er utbredt at sykepleiere ikke snakker om seksualitet med pasientene og under veiledning er det viktig å huske på de fysiske og psykiske utfordringene både pasient og eventuelt partner står ovenfor.

Varricchio og Ferrans (2010) mener at å benytte seg av et livskvalitetsskjema i praksis øker sykepleierens bevissthet i forhold til smerte, aktivitet og generell livskvalitet. Dersom det ikke lar seg gjøre å fylle ut et spørreskjema, kan sykepleieren spørre pasienten hvordan de opplever sin livskvalitet på en skala fra en til ti. Pasientens svar, og videre samtale, kan hjelpe til å gjøre det klarere for både pasient og sykepleier hvor det er nødvendig å iverksette tiltak. Rustøen (2010, s 53) skriver at det er viktig å få kartlagt hvilke områder pasienter opplever lav livskvalitet i forhold til for å kunne utøve best mulig sykepleie.

I forhold til de pasientene som kommer til å ha stomi resten av livet er det kanskje ikke et realistisk mål at disse opplever like god livskvalitet som den øvrige befolkningen, men målet burde jo være at denne pasientgruppen opplever så høy grad av livskvalitet som mulig. Schjølberg (2013, s. 145) skriver i forhold til rehabilitering hos kreftpasienter at dette er et

viktig satsningsområde fremover. Flere lever lenger med kreftsykdom enn tidligere, og selv om pasientene er helbredet, kan de oppleve flere begrensninger fra sykdom og behandling.

Studiene denne oppgaven har tatt utgangspunkt i viser tydelig hvor skoen trykker med hovedsakelig depresjoner, problemer i forhold til kroppsbilde og nedsatt sosial funksjon som problemområder. King (2012) påpeker at det nå er kommet til det punktet at å tenke livskvalitet innen kreftsykepleien er en nødvendighet. I regjeringens nasjonale kreftstrategi *sammen mot kreft* (2013) trekkes det frem at flere lever lenger med sin kreftsykdom og at seneffekter etter kreften og behandlingen fører til en etterspørsel av behov for blant annet rehabilitering og mestringstilbud, noe som er en utfordring som særlig berører den kommunale helse- og omsorgssektoren.

6.0 Konklusjon

Problemområdene i forhold til livskvalitet som kommer frem i studiene som depresjon, kroppslige endringer og nedsatt sosialt funksjonsnivå kan alle anses å ha innvirkning på, og påvirkes av, vårt selvbilde. Når det gjelder akkurat hva som vil ha positiv innvirkning på både livskvalitet og selvbilde, vanskeligstiller en del av litteraturen nøyaktig hvilke tiltak som vil ha positiv innvirkning i forhold til disse områdene. Studiene trekker frem ulike områder som det må forskes mer på, eller så er tiltakene forankret i studiens funn eller annen litteratur. Av hovedfunn som kommer frem i denne oppgaven er det en del områder utmerker seg som spesielt viktige for pasientene. Å få anlagt en stomi har i seg selv stor negativ innvirkning på livskvaliteten, det gir spesielt store utslag i forhold til kroppsbilde, depresjoner og sosialt funksjonsnivå. Mange av de opplevde manglene retter seg spesifikt i forhold til stomirealverte problemstillinger. Sykepleierens rolle er spesielt viktig i forhold til å lære pasienten opp i stomistell og informere om det å leve med stomi. En god dialog med sykepleier anses som avgjørende for god tilpasning i forhold til stomien.

Pasientorganisasjoner spiller en viktig rolle i pasientens tilpasning, særlig på lang sikt. Så det er viktig at sykepleiere gjør pasientene oppmerksom på dette tilbudet. Et langtidsstøtteapparat i form av et tilbud om opplæring i stomistell med rom for spørsmål kan være et praksisforbedrende tiltak.

Som sykepleiere er det avgjørende å få med seg hva som er viktig for pasienten. Å kartlegge livskvalitet for å få vite hvor det er nødvendig å iverksette tiltak kan bedre sykepleiepraksis. Det er viktig å ikke anta at man som sykepleier har den samme oppfatningen av hva som er viktig for pasienten som pasienten selv har.

Referanseliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011). Svulster. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Borneman, T. & Economou, D. (2012). Quality of Life and Symptoms. I: King, C. R. & Hinds, P. S. (red.). *Quality of Life – From Nursing and Patient Perspectives*. (3.utg.). Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Gyldendal Norske Forlag AS.
- Ferrans, C. E. (1996). Development of a Conceptual Model of Quality of Life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 10(3), 293-304.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskrift om studier og eksamen ved HSH. (2011). *Forskrift om studier og eksamen ved Høgskulen Stord/Haugesund*. Hentet 3. februar 2014 fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-06-16-811#KAPITTEL_5
- Grov, E. K. (2010). Om å være pårørende. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. (3.utg.). Oslo: Akribe AS.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk- og endetarmskreft. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-kreft-i-tykktarm-og-endetarm/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-tykk-og-endetarmskreft.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Sammen – mot kreft. Hentet fra http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf

- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Indrebø, L. (2013). Sykepleie til pasienter med stomi. I: Knutstad, U. (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Jansen, L., Koch, L., Brenner, H. & Arndt, V. (2010). Quality of life among long-term (>5 years) colorectal cancer survivors – Systematic review. *European Journal of Cancer*. 46(16), 2879-2888. doi: 10.1016/j.ejca.2010.06.010
- King, C. R. (2012). Overview of Quality of Life and Controversial Issues. I: King, C. R. & Hinds, P. S. (red.). *Quality of Life*. Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I: Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kreftregisteret. (2013). *Cancer in Norway 2011*. Hentet fra http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2011/cin2011_with_special_issue-NORDCAN.pdf
- Kunnskapssenteret (2008). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet den 18. Januar 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Larsen, S. G. (2010). Kreft i fordøyelsesorganene. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie*. (3.utg.). Oslo: Akribe AS.
- Leigh, S. A. & Stovall, E. L. (2012). Cancer Survivorship and Quality for life. I: King, C. R. & Hinds, P. S. (red.). *Quality of Life– From Nursing and Patient Perspectives*. Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsen, C. (2010). Sykepleie til pasienter med stomi. I: Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Paulsen, V. (2011). Sykdommer i Fordøyelsessystemet. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Renolen (2008). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I: Reitan, A. M. & Tore K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie*. (3. Utg.) Oslo: Akribe AS.
- Roop, J. C., Payne, J. K. & Vallerand, A. H. (2012). Theories and Conceptual Models to Guide Quality of life Research. I: King, C. R. & Hinds, P. S. (red.). *Quality of Life*. Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Ross, L., Abild-Nielsen, A. G., Thomsen, B. L., Karlsen, R. V., Boesen, E. H. & Johansen, C. (2006). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer*, 15(5), 505-513. doi: 10.1007/s00520-006-0177-8
- Rustad, L. J. & Borenstein, E. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelsesorganene. I: Reitan, A. M. & Tore K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie*. (3. Utg.) Oslo: Akribe AS.
- Rustøen, T. (2001). Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I: Knutstad, U. (red.). Sentrale begreper i klinisk sykepleie. (3.utg.). Oslo: Akribe AS.
- Sand, O., Sjaastas, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppens fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Schjølberg, T. K. (2010). Endret kroppsbilde. I: Reitan, A. M. & Tore K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie*. (3. Utg.) Oslo: Akribe AS.
- Schjølberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I: Knutstad, U. (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., Baldwin, C. M. & Krouse, R. S. (2013). Surviving Colorectal Cancer – Long-term, Persistent Ostomy-Specific Concerns and Adaptations. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(1), 61-72. Doi: 10.1097/WON.0b013e3182750143
- Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J. & Krouse, R. S. (2014). From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies. *Support Care Cancer*. Doi: 10.1007/s00520-014-2118-2
- Varricchio, C. G. & Ferrans, C. E. (2010). Quality of life assessments in clinical practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 12-17, doi: 10.1016/j.soncn.2009.11.003
- Whistance, R. N., Gilbert, R., Fayers, P., Longman, R. J., Pullyblank, A., Thomas, M. & Blazeby, J. M. (2009). Assessment of body image in patients undergoing surgery for colorectal cancer. *International Journal of Colorectal Disease*, 25(3), 369-374. doi: 10.1007/s00384-009-0851-7
- World Health Organization. (2014). *Colorectal cancer*. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/colorectal-cancer>
- World Health Organization (1996). *Program on mental health*. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki – *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Øverlie, A. (2013) Sykepleie til pasienter med kreft i fordøyelsesorganene. I: Knutstad, U. (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.