

# C-uppsats i Omvårdnad

## **ATT LEVA DAG FÖR DAG**

**– en litteraturstudie om livskvalitet, bemästrande och stentbehandling vid esofagus cancer**

<b>FÖRFATTARE</b>	Parivash Ghaffari Jessica Ryhlander
<b>KURS</b>	Omvårdnad – Självständigt arbete I, VOM080 VT 2007
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Monica Kelvered
<b>EXAMINATOR</b>	Hans Ragneskog

**Titel:** **ATT LEVA DAG FÖR DAG**  
- en litteraturstudie om livskvalitet, bemästrande och stentbehandling vid esofaguscancer

**Title:** **LIVE AS DAY BY DAY**  
- quality of life, coping and treatment with stent in esophagus cancer.

**Arbetets art:** Självständigt arbete I,VT 2007

**Fristående kurs/kod:** Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080

**Arbetets omfattning:** 10 poäng

**Sidantal:** 21 sidor

**Författare:** Parivash Ghaffari och Jessica Ryhlander

**Handledare:** Monica Kolvered

**Examinator:** Hans Ragneskog

## **ABSTRAKT**

**Introduktion** Att drabbas av esofaguscancer medför stora svårigheter för patient och närstående. Dysfagi innebär ofta att inte kunna äta och dricka. Överlevnaden är kort och stentbehandling anses vara en bra metod.

**Syfte** Syftet var att beskriva vilken livskvalitet patienter med esofaguscancer upplever, sjuksköterskans stödjande funktion samt bemästrande hos patient och närstående.

**Metod** Litteraturstudien baseras på tio vetenskapliga artiklar och en avhandling som behandlar livskvalitet, stentbehandling, bemästrande och sjuksköterskans stödjande funktion.

**Resultat** Patienter som behandlats palliativt med stent upplevde en signifikant förbättring av livskvaliteten. Vårdpersonal hade möjligheter att påverka vården i positiv riktning. Positiva bemästrandestrategier rapporterade ett ökat välbefinnande.

**Diskussion** Familjens betydelse för patientens välbefinnande återkommer i flera artiklar. Stentbehandling är en revolutionerande behandling.

**Slutsats** Vi ser ett behov av bättre modeller för att ta hand om patienten. Vi tycker också att det är oerhört viktigt att få med familjen och hela vårdkedjan för att utveckla vården för cancerpatienter.

**Key words:** Esophaguscancer, quality of life, coping, stent, caring.

# Innehållsförteckning

<b>INTRODUKTION</b> .....	1
INLEDNING .....	1
ESOFAGUSCANCER .....	1
<b>Behandlingsmetoder</b> .....	1
<i>Kirurgisk behandling</i> .....	2
<i>Radioterapeutisk behandling</i> .....	2
<i>Kemoterapeutisk behandling</i> .....	2
<i>Palliativ behandling</i> .....	2
<i>Stentbehandling</i> .....	2
LIVSKVALITET .....	3
<b>Mätning av livskvalitet</b> .....	3
<b>Hälsa</b> .....	4
BEMÄSTRANDE .....	4
<b>Familjerelaterat bemästrande</b> .....	5
OMVÅRDNADSPERSPEKTIV .....	6
<b>Perioperativ vård</b> .....	7
<b>SYFTE</b> .....	8
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
<b>METOD</b> .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	9
LIVSKVALITET .....	9
<b>Livskvalitet och behandling med stent</b> .....	10
SJKSKÖTERSANS STÖDJANDE FUNKTION .....	11
BEMÄSTRANDE .....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	14
METODDISKUSSION .....	14
RESULTATDISKUSSION.....	15
<b>Livskvalitet och stentbehandling</b> .....	15
<b>Sjuksköterskans stödjande funktion</b> .....	16
<b>Bemästrande hos patient och närstående</b> .....	17
<b>SLUTSATS</b> .....	19
<b>REFERENSER</b> .....	20
<b>BILAGOR</b>	
<b>Bilaga 1</b>	
ARTIKELPRESENTATION	
<b>Bilaga 2</b>	
METALLSTENT	
<b>Bilaga 3</b>	
STENTINLÄGGNING	

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Efter mångårig erfarenhet av arbete med patienter som har den medicinska diagnosen esofagus cancer d.v.s. cancer i matstrupen har vi intresserat oss för att beskriva patientens upplevelser av livskvalitet och hur stentbehandling som är en palliativ behandlingsmetod, förändrar livskvaliteten. Vi arbetar på en gastroendoskopisk avdelning där vi träffar patienter som är under utredning, och som får behandling av sina symptom.

Esofagus cancer kan innebära för patienten symtom som, sväljningssvårigheter som bidrar till nutritionsproblematik eller blödning och smärta från tumören. I vissa fall kan det t.o.m. bli totalstopp i matstrupen p.g.a. tumörövertväxt. Att drabbas av denna typ av cancer innebär det stora förändringar i livsföringen i såväl psykosociala som fysiska sammanhang (1-3). Hur patienten klarar att bemästra situationen är beroende på individuell anpassningsförmåga, symptombilden och det stödjande sociala nätverket. När en familjemedlem drabbas av cancer blir hela familjen involverad på ett eller annat sätt (4).

Vi vill med denna litteraturstudie belysa problematiken runt patienten och ta reda på hur vi som vårdpersonal bättre kan stödja och underlätta. Vi hoppas att med litteraturstudien bidra till ökad kunskap och förståelse för patienter med esofagus cancer.

## ESOFAGUSCANCER

Esofagus cancer är mer än dubbelt så vanlig cancerform hos män än hos kvinnor. År 2003 diagnostiserades totalt 405 nya fall i Sverige. Kända riskfaktorer är tobaksrökning, hög alkoholkonsumtion och övervikt. I vårt land är esofagus cancer en ganska ovanlig sjukdom i förhållande till Kina och nordöstra Sydamerika. Stora variationer är förekommande inom vissa länder vilket anses bero på bl. a. lokala kost-, alkohol- och rökvanor. Oftast börjar tumören växa i matstrupens mellersta och nedre del. Det vanligaste symptomet på cancer i matstrupen är dysfagi, sväljsvårigheter. Man kan ha en klumpkänsla i halsen som också yttrar sig som smärta. Kräkningar och blodiga upphostningar är förekommande samt symptom som försämrad aptit, avmagring, extrem trötthet och blodbrist (1-2).

## Behandlingsmetoder

I Västra Götalandsregionen har ett program utarbetats för att kvalitetssäkra vården kring patientgruppen. Klinisk forskning som publicerats under de senaste åren har poängterat vikten av adekvat stadieindelning för att ge adekvat behandling och klassificera risken för fortsatt recidiv eller mortalitet efter en eventuell operation. Ett flertal studier har visat att en avgörande prognostisk faktor för överlevnaden är utbredningen av tumörväxt i esofagusväggen samt spridningen till lokala lymfkörtelstationer. En gedigen preoperativ utredning bör därför genomföras. Diagnostiken ställs med endoskopi med biopsi, laparaskopi, endoskopiskt ultraljud, skiktröntgen, lungröntgen, spirometri och arbetsprov. Om kolonsubstitut övervägs bör även koloskopi genomföras. Patientens nutritionstillförsel bedöms och behov av näringstillförsel övervägs (3). Behandling av esofagus cancer varierar beroende på i vilket sjukdomsstadium patienten befinner sig i och patientens allmäntillstånd. Har tumören växt över aortan eller på lungornas bronker innebär det att man inte kan operera bort tumören. Metastaser eliminerar möjligheten till ett kirurgiskt ingrepp. Därför är det mycket viktigt med klassificering av tumören och noggrann utredning av patientens status samt risker och möjligheter av olika behandlingsformer. Omvårdnaden är mycket komplicerad och svår. Att regelbundet följa patientens symptomutveckling samt stöd till

patienten och dess familj under behandlingen behöver vara väl organiserad genom vårdkedjan (4).

### *Kirurgisk behandling*

Den huvudsakliga behandlingen av esofagus cancer är ett kirurgiskt ingrepp. Även om den kirurgiska tekniken förbättrats under senare år så är operation av esofagus cancer oftast ett svårt och komplicerat ingrepp (1-3). Kirurgisk behandling innebär en lokal radikal borttagning av tumören samt lymfkörtlar inom de primära och regionala stationerna med god marginal. Som substitut kan ventrikel eller kolon användas. Detta kräver vanligen en kombinerad laparotomi och högersidig torakotomi (3). Kirurgisk behandling leder till försämrad respiration med sekretstagnation, atelektaser, infektioner och i vissa fall även respiratorisk insufficiens. En malign åkomma där patienten har ett insufficient näringsintag, dålig matlust eller anemi ökar risken för komplikationer och mortalitet. (3,5).

### *Radioterapeutisk behandling*

Radioterapi kan utföras med ”extern teknik” eller endoluminal teknik s.k. brachyterapi. Brachyterapi innebär nedsänkning av radiumkällor i esofagus som en sorts endoluminal strålterapi. Resultaten beträffande överlevnad med endast radioterapi är dåliga med ett års överlevnad under 10 % (3).

### *Kemoterapeutisk behandling*

Kemoterapeutisk behandling vid lokalregional tumör har gett resultat och 1-5 % har uppnått totalt bortfall av makroskopisk tumörvävnad (3).

### *Palliativ behandling*

Palliativ behandling är det primära målet hos mer än 40 % av patienterna. Denna syftar till att förbättra livskvaliteten genom att möjliggöra oralt födointag med få risker, lidande och sjukhusvistelser. I palliativt syfte kan återställandet av passage i matstrupen ha stor livskvalitetsförhöjande betydelse. Redan år 1885 rapporterades om användandet av tub för att lindra situationen för patienter med trängsel i esofagus. Med hjälp av olika metoder har därefter endoprotaser använts. Vid endoskopi och dilatation har olika typer av tub använts. Komplikationer i form av perforation och dislokation har rapporterats och mortaliteten i samband med att patienten intuberats uppgick i studier till mellan 3-13 % (3).

Patienter med esofagus cancer har generellt dålig prognos och överlevnaden är mycket kort. Patienten är i genomsnitt äldre och har inte sällan även andra sjukdomar (3,5).

### *Stentbehandling*

En (5) självexpanderad metallstent (bilaga 2) är en cylinder konstruerad av metalltrådar med möjlighet till att förändra form efter deformationen i strupen. En sådan cylinder kan sättas in i en hindrande obstruktion med en mycket liten diameter och sedan utlösas. Cylindern försöker återfå dess originalform och pressar då ut omkringliggande vävnader. En esofagusstent (bilaga 3) kan placeras säkert med hjälp av sedation utan generell anestesi. I vissa fall behandlas patienten polikliniskt. Oftast är dock patienten inneliggande p.g.a. obstruktionsproblematik. Då en kombinerad teknik med genomlysning och endoskopi används för insättning är första steget att lokalisera tumören för att sedan passera strikturen med hjälp av en ledare eller endoskop. Är det möjligt att passera strikturen med ledare eller endoskop så används genomlysningsapparat för att sedan markera den proximala och

distala änden av strikturen på utsidan av patienten med hjälp av t.ex. gem. Detta kan också göras med hjälp av endoskopiska clips eller genom att injicera kontrast. När man mätt tumörens längd väljer man ett stent som är 3-4cm längre än strikturen. Endoskopet tas bort och kvar ligger endast ledaren. Under genomlysning placeras sedan stentet med hjälp av genomlysningsmonitorn samt stöd av den markering som gjorts och utlöses sedan (5).

## LIVSKVALITET

Det finns flera olika definitioner på livskvalitet, enligt Nordstedts (6) stora svenska ordbok definieras livskvalitet som ett mått på livsvärden som inte mäts i pengar utan t.ex. gemenskap, god miljö och tillgång till kultur samt individens egen värdering av tillfredsställelse och fysiska hälsa med sin sociala situation.

Enligt Strömbergs (7 sid.505) synonymordbok är synonymer till livskvalitet ”*levnadsnivå, livsvärde, meningsfull tillvaro, gynnsamma livsbetingelser, det goda livet och förhöjd livskänsla*”.

I diskussion om livskvalitet är det viktigt att skilja mellan följande tre aspekter (8):

- 1) ”*Yttre betingelser, vilka kan mätas objektivt eller intersubjektivt, sådant som fysisk rörlighet, arbete, bostad, social situation och inkomst.*”
- 2) ”*Den berördas subjektiva upplevelser eller bedömning av värdet av sådana yttre betingelser.*”
- 3) ”*Effekterna på en persons liv av närvaron eller frånvaron av de betingelser som nämns under, givet värderingarna i 2 (8 sid.386).*”

Utgångspunkterna för god livskvalitet bör skiljas från livskvalitet i sig själv. Man kan inte utan vidare identifiera dålig hälsa med dålig livskvalitet. Dålig hälsa kan naturligtvis bidra till att minska en persons livskvalitet (7).

Livskvalitet är ett begrepp med flera innebörder som indelas i objektiva och subjektiva förhållanden. Den objektiva sidan är att vi lever i ett samhälle med individens personliga egenskaper. Att vi har bostad, familj, vänner, arbete och upplever ett somatiskt hälsotillstånd. Som motsats till denna yttre objektiva värld finns det en subjektiv inre verklighet, d.v.s. sinnesstämning i allmänhet. Individen upplever sin situation och reagerar emotionellt på den. Enligt dessa ståndpunkter utgörs livskvalitet av både inre och yttre omständigheter. En viss nedre gräns av de yttre villkoren är nödvändig men en hög levnadsstandard är inte liktydigt med ett lyckligt liv. Välfärd utgör grunden för livskvalitet men betydelsen är inte densamma. Nordenfeldt (9) anser att livskvalitetens kärna är mänsklig lycka. Den enskilda individen är den som slutgiltigt avgör sin egen livskvalitet. Livskvalitet kan mätas på många sätt och försöka fånga graden av allmänt välbefinnande. Hur god livskvalitet upplevs varierar från individ till individ. Bra livskvalitet främjas av goda relationer som kan ge trygghet, kärlek och gemenskap. Livslång reflektion kring grundläggande existentiella frågor behöver också få utrymme i våra liv. Individen mår bra av att skapa ett inre rum för begrundan och eftertanke (9).

## Mätning av livskvalitet

Det (10) finns ett flertal instrument för att mäta livskvalitet idag. En del av dem är mycket kortfattade medan andra är mer omfattande. En mängd av dessa har ingående undersökts och utvärderats i samband med olika cancerbehandlingar. Livskvalitetsinstrument skulle öka möjligheterna att jämföra olika studier, men ett sådant allmänt instrument skulle behöva

tilläggsinstrument, så kallade moduler, med tilläggsfrågor om en specifik sjukdom eller behandling. Eftersom valet av livskvalitetsinstrument i en specifik studie kan påverka såväl resultat som slutsatser, är det nödvändigt att noggrant välja det som har störst sannolikhet att identifiera relevanta skillnader mellan olika behandlingsalternativ. Valet bör ske utifrån de hypoteser som skall studeras. Det är viktigt att välja frågeformulär som ger möjlighet att finna förändringar över tid, uppfyller grundläggande krav på relevans och exakthet, är korta, lätta att förstå, att fylla i och översatts till olika språk på ett korrekt sätt. Frågeformulär är den helt dominerande metoden att mäta patienters livskvalitet idag. Även om det är viktigt att patienterna uppger sin uppfattning om sin livssituation framgår det sällan hur stor betydelse de ger ett visst område. Det är den kliniska forskaren som antingen innan studien genomförts, eller vanligtvis efteråt, bedömer olika patienters funktion och symptom. Ur ett metodologiskt perspektiv kan detta uppfattas som en svaghet. Det medför risk för masssignifikanta effekter och för att övervärdera aspekter på livskvaliteten som egentligen är mindre relevanta. För att undvika detta problem räcker det inte att enbart kvantifiera en patients funktionella förmåga och symptom, utan det är också nödvändigt att fråga om den relativa betydelsen av olika besvär (10).

## **Hälsa**

När en individ drabbas av sjukdom påverkas beteendet, hälsan och välbefinnandet (4). WHO, Världshälsoorganisationen (11) definierar hälsa som högsta möjliga välbefinnande hos den enskilde individen, fysiskt, andligt, psykiskt och socialt och inte enbart i frånvaro av sjukdom. Begreppet hälsa har en central betydelse eftersom hälsa ofta många gånger är målet för omvårdnad (11). Hälsa som mål förespråkades redan av Nightingale som många anses vara den första sjuksköterskan med ett utvecklat omvårdnadsteoretiskt resonemang (12). Rooke (12) beskriver Erikssons hälsobegrepp i tre kategorier:

1. *"Hälsa där människans helhet betonas."*
2. *"Hälsa där kapacitet och energi betonas."*
3. *"Hälsa där tillfredsställelse av behov betonas"* (12 sid. 59).

Enligt Statens Folkhälsoinstitut (13) är det i de vardagliga mötena som hälso- och sjukvården har sin största folkhälsopotential. Hälso- och sjukvårdspersonal ska i sitt patientarbete bidra till minskat lidande, mindre handikapp, mindre sjukdom och mindre smärta men också underlätta för den med kronisk sjukdom att leva ett bra liv med sin sjukdom. Hälso- och sjukvården ska också förebygga sjukdom.

## **BEMÄSTRANDE**

Att (14) bli allvarligt sjuk kan leda till starka stressupplevelser och åtgärder individen vidtar för att hantera den svåra situationen betecknas av bemästrandestrategier. Bemästrande är ett begrepp som ofta används i samband med stress. Bemästrande beskriver tanken om att i vissa situationer handlar det inte om att göra hyggliga framsteg för att nå sitt mål, utan hyggliga framsteg i hanteringen av de krav som vi ställs inför utifrån. I motsats till "flow", som ger en känsla av koncentration, eufori och tidlöshet, har man inte situationen under full kontroll. Exempelvis är individen kanske inte tillräckligt kvalificerad för en uppgift. Trots att man inför en sådan situation kan vara fylld med osäkerhet, kan den med goda bemästranderesurser ändå uppleva lycka. Tre personliga egenskaper som identifierats är optimism, stark självkänsla och personlig kontroll. Dessa är förknippade med tendensen att engagera sig i bemästrandereaktioner men som också sammankopplas med känslor av lycka. Om människan är optimistisk tror hon att bra saker kommer att inträffa framöver och har

hög självkänsla. Tror hon på sig själv litar hon till sina egna bra egna idéer och upplever personlig kontroll samt frambringar de resurser som behövs i olika situationer (14).

Lazarus (15) definierar bemästrande (från engelska coping) såsom:

*”En individs ständigt föränderliga ansträngningar, både kognitivt och beteendemässigt för att kunna hantera specifika yttre och/eller inre krav som tangerar eller överstiger individens tillgängliga resurser”* (15 sid.141).

Bemästrande beskrivs som en process som utgår från en individs resurser där energi och hälsa räknas som en av de mest genomträngande resurserna för förmågan. Är individen svag och sjuk har man mindre energi till bemästrande särskilt om denna behövs under en längre period. Om situationen är hotande nog kan försvagade individer ibland ses uppbära oväntade bemästranderesurser. Vidare menar de att tro och positiva förhoppningar är en annan central resurs. En positiv självbild är en viktig psykologisk bemästranderesurs. När det gäller bemästrande handlar det både om generella tankar och om t.ex. resultat som utgör grunden för hopp, vilket i sin tur bidrar till förmågan att vidhålla ansträngningar även i de mest utsatta situationer (15).

Även Franken (14) menar att tro och positiva förhoppningar är en central resurs och att förväntningar på ett resultat spelar stor roll när man ska bedöma om människor är benägna att fortsätta en ansträngning eller ge upp. Vilken bemästrandestrategi en människa kommer att använda beror på hur situationen uppfattas eller om situationen går att kontrollera. Omständigheterna kan avgöra hur individen bedömer situationen. En fullt kontrollerbar situation kan uppfattas som okontrollerbar och tvärtom.

Två sätt skiljer en situation att minska stressen. I det problemfokuserade bemästrandet kommer individen att anta någon form av problemlösande beteende. I det emotionsfokuserade bemästrandet försöker hon i stället att kontrollera symptomen på stress. Stöd finns för att en kombination av de båda strategierna är det bästa sättet att minska stressen vid förlust av kontroll. En viktig bemästranderesurs är problemlösning vilket härstammar från en individs kunskaper och erfarenheter men även hennes kognitiva förmåga att använda dessa kunskaper på ett effektivt sätt. En individs förmåga till självkontroll bedöms utifrån själva problemlösningens förmågan. Problemlösningens förmågan handlar vidare om att kunna söka information och analysera situationer för att kunna identifiera problem samt finna alternativa behandlingsvägar, samt att väga dessa alternativa framkomstvägar mot varandra för att finna och välja den bästa vägen mot önskad lösning. Att ha materiella resurser handlar om att ha tillgångar och pengar, samt tillgång till tjänster vi kan behöva. Denna uppenbara bemästranderesurs diskuteras sällan i samband med bemästrande. Pengar är inte allt men det finns samband mellan individers bemästrandeförmåga och deras ekonomiska status. I synnerhet om de kan nyttja tillgångarna effektivt i en utsatt situation (15).

### **Familjerelaterat bemästrande**

Vårdpersonalens (16) omsorg av en svårt sjuk patients familj är en viktig del av omsorgen kring patienten själv. Svår sjukdom drabbar inte bara kroppen utan påverkar även relationerna till närstående. En god familjerelation är ofta den sjukets viktigaste resurs för att hantera en kris och den nya livssituation som uppstår. Det är inför familjen människor visar styrka och svagheter och talar om sina innersta tankar. Familj och vänner kan uppleva en svår situation när någon närstående drabbas av en allvarlig sjukdom. Sorgeprocessen börjar



när familjen inser att döden är oundviklig. Familjen upplever en känsla av hjälplöshet som står utanför deras kontroll. Den sjuke och familjen påverkas av varandra under hela sjukdomsförloppet. Ofta pendlar hela familjen mellan hopp och förtvivlan samt frigörelseprocess. Familjeband knyts närmare till varandra allteftersom sjukdomen utvecklas. Vissa familjer upplever nya värden i livet när någon blir sjuk medan andra har svårt att mäkta med att leva i harmoni med varandra och konflikter uppstår. Hur familjen uppfattar situationen är beroende på hur bra informationen är. Precis som patienten behöver familjen få kontinuerlig information för att uppleva att de har kontroll över situationen. En sjuksköterska bör närvara när läkaren informerar patienten och familjen om behandling och prognos. Sjuksköterskan kan vara tillsammans med familjen och hjälpa till att reda ut frågor som uppstår. Människor hanterar kriser på olika sätt, en del har svårt att prata om sina känslor andra inte. För många är det viktigt med öppenhet kring döden för att familjen skall kunna ta avsked av den sjuke på ett bra sätt. Det är viktigt att familjen får prata om de förbjudna känslorna som vrede och bitterhet och gamla meningsskildaktigheter. Familjen bör också få information om vilka reaktioner som är vanliga vid en livshotande sjukdom (16).

I Jens (17) artikel om familjebemästrande beskriver man beroende på i vilket skede i livet familjen befinner sig i och hur familjekonstellationen ser ut, så innebär det olika påföljder och reaktioner av att drabbas av cancer. Familjens interaktionsmönster kan ta olika former. Vissa familjer var väldigt öppna, förstående och hjälpsamma till skillnad mot andra familjer som är misstänksamma och svåra att lära känna. Att tappa styrka och kontroll över situationen kan också leda till ilska hos både patient som familjemedlem. Jens skriver också att utbildning och kunskap om sjukdomen och förloppet kan minska familjens ångest och frustration kring situationen, medan den okunnige känner rädsla och osäkerhet då hon inte känner igen symptom eller förlopp. Ilska är en omedveten process som används för att hantera ångest och maktlöshet. Familjen/patienten kan bli hotfull, aggressiv och förnedrande gentemot vårdpersonalen, vilket i sin tur kan leda till att vårdpersonalen undviker patienten och dess familj. Skuld-känslor framkommer ofta. Depression är också vanligt när någon närstående drabbas av cancer. Ständig oro, sömnbrist, emotionell utmattning, förändrat livsmönster, förändrad ekonomi, och dåligt gensvar på behandling är några faktorer som kan göra att familjen känner hopplöshet och depression (17).

## **OMVÅRDNADSPERSPEKTIV**

Rooke (12) beskriver Orems egenvårdsteori, som grundas på egenvårdssystem och att människan upprätthåller hälsa, välbefinnande och liv genom att ta hand om sig själv, så är målet med omvårdnaden att utveckla förmågan att ge stöd till egenvård för att kunna klara det dagliga livets aktiviteter så bra som möjligt. Egenvård är det som man klarar själv på egen hand, hur man skall göra, bestämma själv vad man vill göra och ordinera sig själv. Egenvård är att människan tar ansvar för sig själv och sin sjukdom och hälsa, att inte bara lämna över sig, utan själv forma sin egen livsstil. En form av egenvård är att försöka leva sitt liv på det sätt man mår bra av. Orem anlägger ett människoperspektiv i sin teori. Författaren är inte i första hand intresserad av familjen som en enhet utan av vem eller vilka personer i familjen som utövar omsorg. Trots detta anser Orem att familjen är en viktig faktor för påverkan av den enskilda individens utveckling av sin förmåga att dra försorg om sig själv och andra. Det är inom familjens ram förmågan till egenomsorg utvecklas och lärs in. Av personlig och yrkesmässig erfarenhet anser Orem att den enskilda individens inordning i ett familjesammanhang är av avgörande betydelse för individens välbefinnande, hälsa och sociala förankring (12).

Enligt Kirkevold (18) har Benners omvårdnadsteori sin tyngdpunkt i att omsorg är grunden för allt mänskligt liv och därmed också för yrkesmässig omvårdnad. Följande begrepp anses centrala i teorin; omsorg (att bry sig om), person, kontext, situation, bemästrande, livscykel, sjukdom, symptom, hälsa samt främjande av hälsa. Omsorg definieras som ett sätt att förhålla sig till omvårdnaden, ”att bry sig om”. Omsorg som författarna använder begreppet, handlar enbart om relationer mellan människor. Det täcker det differentierade, värdeladdade förhållandet mellan individer och det man uppfattar som meningsfullt och betydelsefullt, antingen det handlar om människor eller ting, projekt eller situation. Det anses att det är omsorg i betydelsen ”att bry sig om” som skapar möjligheter för människan och ger upphov till ett meningsfullt sätt att bemästra en situation. Det är just detta att någon bryr sig om något som skapar stress, risker och sårbarhet. Upplevelse av stress eller sårbarhet uppstår när människan upplever att riskera att förlora något som är betydelsefullt för henne. Omsorg påstås grundläggande i den meningen att bry sig om skapar möjlighet att både ge och ta emot hjälp, en omsorgspräglad mellanmännisklighet för individen att bry sig om och känna tillit till den andra, vilket gör att människan kan hjälpa sig själv, andra och ta emot hjälp samt uppleva att andra bryr sig om henne (18).

### **Perioperativ vård**

Som sjuksköterska på en operations- eller endoskopi-avdelning har den vårdande framförallt som uppgift att ge patienten fysisk trygghet och ett professionellt omhändertagande. Vårdpersonalen måste sätta sig in i patientens situation och få klarhet om vilken perioperativ hjälp vederbörande kan komma att behöva. Den perioperativa sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden runt patienten. Arbetet ställer höga krav på sjuksköterskan. Intellectuell kunskap, teknisk färdighet samt förmåga till mellanmänniskliga relationer utgör grunden för den perioperativa sjuksköterskans kompetens. Sjuksköterskan förväntas använda vårdvetenskapliga fakta i sitt arbete. Hon har i sin utbildning fått den kunskapsbas som ger bra förutsättningar för problemlösning samt förmåga att kritiskt granska och analysera kliniska fenomen. Sjuksköterskan behöver förutom vårdkunskap ha goda kunskaper inom aseptik, anatomi, fysiologi och psykologi. Hon behöver teknologisk kunskap för att utföra vårdhandlingarna. Att utföra vårdhandlingarna på ett säkert sätt ökar patientens trygghetskänsla och säkerhet. Då patienten är lokalbedövad och senare sederad informerar sjuksköterskan kontinuerligt om vad hon gör och varför, samt är lyhörd för patientens önskemål och ev. obehagskänslor. Sammanfattningsvis kan sägas att en sjuksköterska på en endoskopisk avdelning har två uppgifter: en expressiv d.v.s. förstående, stödjande funktion då man har omsorg för patienten och en instrumentell uppgift som tar fasta på det tekniska utförandet. Den kirurgiska patienten är en person som efter en tids sjukdom eller ett plötsligt insjuknande hamnat i en situation där ett operativt ingrepp är nödvändigt. Patienten kan vara mer eller mindre förberedd på detta. Människan upplever sig som en integrerad helhet, en person som med egna individuella behov. En operation innebär ett hot mot helheten. Den berör patientens kropp och familj. Hur patienten upplever ingreppet är relaterat till personlighet, känslor, kunskaper och social situation. Ingreppet innebär att patienten får utstå en period av smärta och obehag. Patienten kan uppleva operationen som en lättnad om resultatet är smärtfrihet, förbättrad rörelsefrihet eller kroppsfunktion. Omvårdnad kan uppfattas på många olika sätt (19).

I boken om Perioperativ Vårdlära (19) beskriver författaren Virginia Hendersons omvårdnadsmodell som passar in bra på den perioperativa vården. I hennes vårdsyn betonas individen, det fysiska omhändertagandet och tryggheten, men hon glömmer heller inte

patientens behov av omsorg och empati. Virginia Henderson definierar sjuksköterskans speciella uppgift på följande sätt:

*”Sjuksköterskans speciella uppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap” Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende”(19 sid.15).*

## SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva livskvalitet hos patienter med esofaguscancer, sjuksköterskans stödjande funktion och hur patient och närstående bemästrar situationen.

## FRÅGESTÄLLNINGAR

- Vilken livskvalitet upplever patienter med esofaguscancer och har stentbehandling någon livskvalitetsförhöjande effekt?
- På vilket sätt kan sjuksköterskan/vårdpersonal underlätta och stödja?
- Hur bemästrar patient och närstående den uppkomna situationen?

## METOD

Metoden är en litteraturstudie som innehåller tio vetenskapliga artiklar och en avhandling som granskats. De vetenskapliga artiklarna i resultatredovisningen har sökts via databaserna CINAHL och PubMed (Tabell 1). I PubMed och CINAHL begränsades sökningen till engelskspråkliga artiklar med abstrakt under sökorden: gastrointestinal cancer, coping, metallic stent, quality of life, esophagus cancer, supporting care and cancer patient.

Sökresultat och de utvalda artiklarna presenteras i en sammanställning nedan.

Tabell 1 Resultat vid sökning av artiklar:

SÖKVÄG	SÖKORD	TRÄFFAR	UTVALDA	ARTIKEL
PubMed	Gastrointestinal cancer, coping	7	3 artiklar	Nr 21,29-30
PubMed	Metallic stent, esophagus cancer, quality of life	210	5 artiklar	Nr 22-26
PubMed	Supporting care, cancer patient	32	1 artikel	Nr 20
CINHAL	Som ovan	0	0	0
Artiklar via tidigare kurser		1	1 artikel	Nr 28
Avhandling via handledare		1	1 artikel	Nr 27

En artikel är från år 1998 (21), en annan artikel från 1999 (28), resterande artiklar är från 2001 och senare. Vi ansåg att när det gällde behandling vid esofagus cancer var det viktigt att ha färskare artiklar eftersom terapin utvecklas och förändras. Artiklar söktes i en första omgång mellan 2005-10 och 2005-12. En ny sökning gjordes 2007-02 -14 på coping and gastrointestinal cancer, och två nya artiklar hittades (29-30). Vi fann inga vetenskapliga artiklar via CINAHL som var relevanta för vår studie, däremot hittades en artikel från tidigare delkurs i omvårdnad (28). Viklunds avhandling var ett tips från vår handledare (27).

Fem studier är genomförda med kvalitativ undersökningsmetod (20-21, 27-29) och sex med kvantitativ undersökningsmetod (22-26, 30). De kvalitativa studierna har resulterat i bemästrandestrategier, känsloupplevelser och vårdpersonalens stödjande/underlättande funktion medan de kvantitativa studierna i huvudsak resulterat i livskvalitetsförekomst och behandlingseffekter.

Av de totalt elva studierna behandlar tre artiklar vårdpersonalens möjligheter att stödja/underlätta för patienten och dess anhöriga (20, 27-28). Fem artiklar studerar patientens livskvalitet vid esofagus cancer och efter stentimplantation (20,23-26). Sex artiklar behandlar bemästrandestrategier och livskvalitet hos patient och närstående (20-22, 28-30).

Artiklarna har lästs igenom flera gånger och analyserats. Textenheter som svarade mot studiens syfte och frågeställningar markerades och skrevs ner.

Vårdprogram från Västra Götaland inhämtades från Magdalena Granung, koordinator Sahlgrenska Universitetssjukhus/Kirurg kliniken. Johnssons avhandling ”Self exexpandable stents in the upper gastrointestinal tract” var en gåva från honom och finns med som referens i bakgrunden. Litteratur till bakgrunden inhämtades från Biomedicinska biblioteket och söktes via databasen GUNDA.

Resultatet redovisas med huvudrubrikerna livskvalitet, vårdpersonalens sätt att stödja/underlätta och bemästrandestrategier och baseras på vuxna människor. Dessa kategorier tyckte vi passade in under frågeställningarna i vårt syfte med studien.

## **RESULTAT**

### **LIVSKVALITET**

I flera artiklar rapporterades om försämrad livskvalitet vid cancersjukdom. Livskvalitet var en indikator huruvida en cancerbehandling var effektiv eller inte (20-25).

Utifrån en kinesisk studie beskrevs kulturen som en viktig faktor när resultatet presenterades. Resultatet visade att kinesiska patienter med nydiagnostiserad gastrointestinal cancer upplevde en rad symptom som associerades till cancer och dess behandling. Symptom såsom extrem trötthet, oro, ångest och depression samt försämrad livskvalitet rapporterades. Initialt rapporterades det om psykiska faktorer, medicinska relationer och psykosociala faktorer som de största förändringarna på livskvaliteten. Få oroade sig om partnerskap och den sexuella relationen men detta var den mest dominant förändringen över en längre tid (22).

Vikten av en pågående utvärdering av livskvalitet och symptombehandling gav ett ökat välbefinnande för patienten enligt en kinesisk studie. Patienterna upplevde högre livskvalitet jämfört med liknande undersökningar från den västerländska kulturen. Symptomen av sjukdomen beskrevs lika vid såväl västerländsk som österländsk sjukdom. Relaterat till resultatet genom denna studie konstaterade författarna att kulturen hade en stor inverkan på patienters livskvalitet vilket var viktigt att ta hänsyn till. Symptomkontroll av smärta, användandet av traditionell medicin, samtalsmönster, synsätt till beroende av hjälp, och beslutande i olika sammanhang hängde ihop med kulturell bakgrund (22).

Att kunna äta och/eller dricka var av stor betydelse för patienters livskvalitet med få veckor eller månader kvar att leva (23-25). Patienter med esofaguscancer upplevde försämrad livskvalitet på flera områden (24-25). Försämrad fysisk prestanda, bristande arbetsfunktion och ork för fritidssysselsättning. Oro, depression begränsat familje- och socialt liv. 60 % rapporterades ha psykisk ohälsa. Yngre patienter < 40 år hade mer depressiva symptom än patienter >70 (22). Jämförelsevis med cancer generellt hade patienter med gastrointestinal cancerdiagnos högre poäng på depressionsskalor. Kvinnor hade mer symptom av ångest vilket förklarades av författarna att kvinnor var mer känsliga för stress eller att kvinnor hade lättare att uttrycka sig om psykisk ohälsa. Patientgruppen hade funktionella symptom med viktnedgång, illamående, kräkningar, sömnproblem, svårigheter att svälja saliv och aptitlöshet (22-25).

### **Livskvalitet och behandling med stent**

Esofaguscancer var en avancerad sjukdom med mycket dålig prognos och för många patienter var palliativ behandling det enda alternativet. Studier hade genomförts för att hitta det bästa alternativet. Man hade jämfört behandling med lokal strålbehandling, alternativt stentbehandling kontra global livskvalitet och dysfagiskalor. Efter en månads uppföljning visade stentgruppen klinisk och i vissa fall statistisk signifikanta förbättringar gällande dysfagiskalor, nutritionsskalor likväl som problem med att svälja saliv, sätta i halsen och hosta (24-25). Den största förändringen var förbättrat socialt leverne följt av smärta och trötthet (24). Hos patientgruppen med brachyterapi kom effekten senare och inte alls i lika stor utsträckning. Sämre global livskvalitet uppmättes. Få patienter överlevde halvårsuppföljning (25).

När det gällde tekniken, framkom det att behandlingen lyckades väl på de flesta patienterna. De tolererade behandlingen väl och dysfagin förbättras. Enligt författarna fanns det många fördelar med behandlingen: liten operativ- och anestesirisk, reducerade komplikationer, kort sjukhusvistelse, snabb återfunktion av dysfagin samt en mycket kort procedur som är enklare för både patient och operatör (23).

Angående effektivitet, säkerhet och kostnader vid stentbehandling hade liknande studier genomförts med liknande resultat. Alla patienter intog flytande eller mjuk föda 48 timmar efter behandlingen. Det fanns ingen större ekonomisk skillnad vid stentbehandling jämfört med t.ex. brachyterapi och överlevnaden var densamma oavsett behandling. Behandlingen bedömdes som säkrare och lättare än många andra palliativa behandlingar men inte helt riskfri. Den vanligaste komplikationen var att stentet hade förflyttat sig, mindre idag än tidigare tack vare tekniska framsteg (23-25). I en annan studie där man inriktat sig på komplikationer rapporterades smärtor i samband med insättning av stentet, blödning, stentförflyttning och ökad reflux. Dessutom var överlevnaden sämre om den distala änden av stentet hamnade i magsäcken än om den låg helt i eosofagus. Sämre överlevnad hos gruppen med tumörer i övergången mellan eosofagus och magsäcken rapporteras kunna bero

på att ökad refluxproblematik ledde till aspiration i lungorna. Stentar som hade antirefluxventil minskade symptomatisk gastroesofagal reflux. Dessa ventiler erbjöd överlevnads fördelar gentemot stentinläggningar som störde funktionen av sfinktern i nedre delen av esofagus (26).

Överväxt var också ett problem vilket innebar ny procedur om det var möjligt. Stentinläggning ansågs vara en säker och kostnadseffektiv behandling som förbättrade livskvaliteten jämfört med andra palliativa tekniker för patienter med inoperabel esofagus cancer (25).

### **SJUKSKÖTERS KANS STÖDJANDE FUNKTION**

I Viklunds avhandling delarbete IV (27) som handlade om specialistsjuksköterskans samordning och stödfunktion, värderade patienterna det mycket viktigt och tillfredställande, framförallt i uppföljningsfasen efter behandling, att ha en specialistsjuksköterskekontakt. Fincham (20) rapporterade också hur patienterna beskrev vikten av en kontinuerlig vårdkontakt.

Angående information rapporterades att patienter hade haft svårt att uppfatta informationen given från läkaren men inte information given ifrån specialistsjuksköterskan. Sjuksköterskan hade ofta mer tid att tala med patienten och sjukdomsrelaterade frågor, upprepande information kunde mycket väl ges av henne. Kontakt med specialistsjuksköterskan togs vanligast i uppföljningsfasen och nutritionsproblematiken var den mest dominanta kontaktorsaken hos patienter med esofagus cancer. Resultatet påvisade att specialistsjuksköterskan som koordinator vid cancersjukvård hade lett till kvalitetsförhöjande vård och goda patienterfarenheter (27). Utifrån en annan studie där åtta patienter intervjuats om sina erfarenheter av sin sjukdomsbehandling och den stödjande vården, rapporterades det att ett flertal patienter upplevde att sättet de fått informationen på hade varit undermålig och förstod inte helt termerna som hade används. Det rapporterades om att både läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal inte hade tid att diskutera mera detaljerat om diagnos och känslomässiga reaktioner. Att ha med närstående i all information gällande diagnos, prognos och behandling rapporterades vara oerhört viktigt för att förstå informationen (20).

*” There was nothing they could do for me, so they sent me to see a palliative care consultant; I did not know what it meant. I got little information about my illness and so I thought the worst” (20 sid.9)*

Det var också viktigt för patienterna att ha en patientansvarig, namngiven kontakt som följde dem och dess familj genom sjukdomsperioden. Många patienter hade olika läkare vid varje besök. Patienterna upplevde det mycket frustrerande att redogöra för sin sjukdomshistorik vid varje ny sjukvårdskontakt. När vård- och behandlingsalternativ presenterats för patienterna hade hälften av gruppen upplevt det mycket svårt att själv få välja, pga. bristande information och stöd, vissa ville att läkaren skulle välja vilken behandling/vård som var lämpligast i just deras fall. Alla patienter som hade fått valmöjligheter belyste vikten av att det var viktigt med adekvat information och stöd för att i huvudtaget kunna göra ett val (20).

*” He said is your decision. To be honest, I really feel agony. I’ve been agonising about this, pretty much all the time. I can’t make this decision, I don’t have a medical background.” (20 sid.11)*

Detta (22) skiljer sig utifrån en kinesisk studie där patienterna upplevde att efter sex månader från diagnostillfället kunde informationen ges likväl från en närstående som någon professionell vårdgivare. Däremot var det initialt viktigt med professionell hjälp och information för de patienter som var socialt isolerade (22).

Resursbrist på sjukhuset rapporterades som ett annat problem. För tidig utskrivning och dubbeltydig information rapporterades. Långa väntetider, förseningar och bristande kommunikation mellan olika instanser hade gett patienterna problem (20).

Alla rapporterade att de hade gott stöd från närstående, men många upplevde också att de var isolerade och ensamma i sin sjukdom. De upplevde att omgivningen hade svårt att tala om cancer, att det var tabubelagt. Yngre patienter med familj kände att de var de som stöttade övriga familjen genom sin sjukdom, trots att de själva var i behov av stöd (20).

På frågan hur sjukvården kunde förbättras önskade många att de hade fått kontakt med den palliativa enheten tidigare i sitt sjukdomsförlopp. Att lättare komma i kontakt med sjukvården när de kände sig dåliga och tidigare handläggning för olika behandlingar såväl grupperapi som cytostatika och strålning (20).

Som sjuksköterska var det en svår utmaning att identifiera varje familjs unika behov för att kunna ge en god omvårdnad. Sjuksköterskor beskrev svårigheter att ibland ge adekvat vård då patienten påverkades av de övriga familjemedlemmarnas inställning till t.ex. analgetika i positiv eller negativ bemärkelse och hur det i sin tur påverkade patientens välbefinnande. Hälso- och sjukvårdspersonal hade oftast begränsade möjligheter att förstå hur hemmiljön influerade patientens välmående och hälsa. Familjens omvårdnad byggde inte på fackkunskap utan på en känslomässig relation och engagemang vilket komplicerade eller underlättade sjuksköterskans möjligheter att ge god omvårdnad (28).

*” I realised that John was right. He knew his wife and what she wanted. We can only understand such a small amount of a person’s life history.”(28 sid. 68)*

Yates (28) rapporterade att arbete med cancersjuka patienter och dess familj var en enorm utmaning att anta som sjuksköterska. Det var oerhört viktigt att ha familjen med i omvårdnaden runt en cancersjuk patient. Familjen bistod med viktig information om vårdtagaren och hjälpte patienten med dess behov. Det rapporteras att det viktigaste i vården för cancerpatienter var det stödjande sociala systemet runt patienten.

## **BEMÄSTRANDE**

Utifrån (21) en svensk studie beskrevs bemästrandestrategier vid gastrointestinal cancer. Vid såväl inoperabel som operabel diagnos, framgick att en mer konfronterande attityd rapporterade lägre förekomst av ångest och depression än patienter med en mindre konfronterande attityd. Inneslutna och undvikande attityder rapporterade högre nivåer av ångest och depression samt sämre emotionell funktion och livskvalitet. Att använda sig av kampvilja som bemästrandestrategi ledde till ett ökat emotionellt välbefinnande och bättre livskvalitet jämfört med motsatta strategier som hjälplöshet/hopplöshet, ängsla/oro och ödestro som hade motsatt effekt. Kampvilja rapporterades som den vanligaste strategin i såväl den operabla som den inoperabla gruppen men de negativa strategierna tenderades mer i den inoperabla gruppen. I den gruppen rapporterades också högre nivåer av ångest och depression. Inga förändringar rapporterades över en längre tid mellan de olika reaktionerna

och grupperna fortsatte sedan i stor utsträckning att använda sig av samma strategi som de haft initialt. Detta fenomen var svårutvärderat i den palliativa gruppen pga. kort överlevnad (21).

Mätmetod påverkade val av bemästrandestrategi. I en svensk studie rapporterades olika strategier vid två olika mätskalor. Patienter med nydiagnostiserad gastrointestinal cancer använde företrädesvis positiva strategier. Den ena mätmetoden rapporterade att kampvilja var den vanligaste strategin, medan vid dagligt förekommande stressfulla situationer tenderade patienten att använda sig mer av accepterande och avslappnande attityd utifrån resultatet av en annan mätmetod. Distraherande och konfronterande attityd var också vanligt förekommande då mätmetoden fokuserade mer på en känslfokuserad strategi (29).

Flera artiklar belyste vikten av att ha familjen involverad (20, 22, 28). Det rapporterades att det var oerhört viktigt när en patient informerades om diagnos och prognos att närstående fanns med för att förstå informationen. Perspektivet på livet förändrades och spiraler av ilska, irritation och depression i processen beskrevs (20).

Kultur och etnicitet bidrog till olika reaktioner. En kinesisk studie rapporterade att familjen var den viktigaste källan till stöd. Dessa resultat var i linje med den kinesiska kulturen som stod för bl.a. socialisering och familjesammanhållning. Bemästrande av sjukdomen ansågs mer vara en privat familjeangelägenhet med hela familjen involverad i vården. Patienterna i studien föredrog att prata med någon närstående än en professionell om sin sjukdom och behandling. Att prata med någon utanför familjen ansågs vara exponering av sig själv, generera känslor av misslyckande och dåligt självförtroende. Många patienter avstod ifrån sociala aktiviteter för att inte generera deras vänner om de var i behov av hjälp. Många rapporterade social isolering. Signifikanta genus, utbildnings och inkomstskillnader rapporterades också relaterat till socialt stöd. Män rapporterade mer socialt stöd än kvinnor. Patienter med högre utbildning och/eller bättre inkomst rapporterade bättre socialt stöd än de med lägre inkomst och/eller utbildning (22).

Det rapporterades om svårigheter för familjen när någon närstående drabbades av cancer. Svårigheter som att få sova och ständig trötthet var för många anhöriga ett stort problem. Känslor av isolering och att tappa tålamodet var svårt att bemästra. Många anhöriga upplevde att de hade svårt att hinna med vad de borde och hade skuldskänslor för vad de hade gjort och inte gjort (28,30). Oro, depression, mörka tankar och koncentrationssvårigheter rapporterades. Några anhöriga upplevde att de hade tappat intresse för allt annat än deras sjuka partner (30).

Patienter med gastrointestinal cancer hade kort överlevnad vilket innebar stora förändringar i livet efter insjuknandet för såväl patient som anhörig. Fysiska förändringar som extrem trötthet, smärtor, diarré, illamående och dålig aptit drabbade patienten. Vissa anhöriga önskade att de kunde göra mer, kände förtvivlan och led av att se sin partner lida av symptomen (30).

*” It’s very sad to see one’s partner so sick, she gets nausea when she sees food can’t eat properly, it’s terrible” (30 sid.384)*

Mentala reaktioner som varför, förtvivlan och känsla av att inte förstå vad som hände rapporterades hos anhöriga. Förnekandereaktioner hos såväl anhörig som patient beskrevs, några anhöriga trodde på en möjlighet till tillfrisknande men sa samtidigt att det finns risk



för att patienten dör. Vissa upplevde att livet var orättvist och var besvikna över att inte kunna genomföra saker i livet som de hade planerat. Religiösa funderingar som att sjukdomen var ett guds straff, samt att man bad till denne för att finna tröst och bot beskrevs. Andra funderingar över orsaken till cancer som ohälsosamt leverne, exponering av kemikalier och arvet framkom i rapporten (30).

Både anhöriga och patienter hade mycket tankar om vad som skulle hända efter döden, oro för att bli ensamma, praktiska göromål mm. Förändringar i hushållet rapporterades då patienten inte hade ork för att klara av vad de tidigare gjort hemma. Det var viktigt för patienterna att de hade en anhörig som hjälpte dem. Några få anhöriga tyckte att det var för krävande att hjälpa sin partner, de upplevde att de hade fullt upp att klara av att ta hand om sig själva. Positiva förändringar i relationen och att äntligen få frid i sitt liv upplevdes av några få. Anhöriga upplevde mer praktiska förändringar och förtvivlan inför situationen än patienten (30).

Att göra det bästa av situationen och leva dag för dag var något återkommande som både anhöriga och patienter rapporterade, en positiv kampvilja att inte ge upp, vara stark och försöka vara glad för vad de hade fått i livet (30).

*” We live day by day now. Talk a little and...try to make the best of the situation.” (30 sid.385)*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Uppsatsen bygger på forskningsrapporter relevanta för vår litteraturstudie. Artiklarna studerades utifrån våra egna frågeställningar och textenheter som svarade mot studiens syfte skrevs ner. Vår sökning i Pub Med var lyckad men i CINAHL var det svårare att hitta aktuella vetenskapliga artiklar. Några artiklar återkom i de olika sökningarna. I vissa abstraktavsnitt var det svårt att utläsa om det var ett relevant innehåll. Många av studierna föll bort på grund av medicinskteknisk inriktning trots att det fanns livskvalitetsfrågeställningar med i syftet. Någon artikel som beställdes kom med kinesisk text. En ny artikelsökning genomfördes i år efter ytterligare djupanalys av våra artiklar då vi tyckte att resultatet blev för tunt.

De kvalitativa studierna vi har använt oss av speglar resultatet av känsloupplevelser och bemästrande samt sjuksköterskans sätt att underlätta/stödja (20-21, 27-28,30), och de kvantitativa studierna kartlägger i huvudsak livskvaliteten (22-26, 29).

Fem studier baserar sitt resultat på gastrointestinalcancer generellt (20-22, 29-30). Vi anser att det egentligen inte har så stor betydelse för vårt resultat. Tumörer i övre gastrointestinalkanalen har liknande symptom och prognos. Vad som skiljer sig symptomatiskt är dysfagi vilket är ett stort problem för patienter med esofaguscancer.

Två studier är genomförda i Asien där denna typ av cancer är mycket vanligare (22-23), flertalet studier är svenska vilket vi tycker är bra eftersom kultur och etnicitet visar sig ha betydelse för livskvalitet (21,24, 27,29-30). Det är värdefullt att ha med resultat från andra kulturer då vi har mycket att lära av varandra då vi som vårdpersonal möter patienter och anhöriga från olika länder.

Vår långa erfarenhet av arbete med patienter som fått diagnosen esofaguscancer har haft betydelse för syftet, urval av artiklar och analys av resultatet. Relaterat till vår långa erfarenhet med patientgruppen finns en risk att vi tolkat artiklarna utifrån vår förståelse, men våra intentioner var att så exakt som möjligt återge innehållet från artiklarna.

Livskvalitet före och efter stentbehandling var en viktig frågeställning för oss. Vi ville skriva om något som vi kunde ha nytta av på arbetsplatsen. Vi var nyfikna på vad som händer med patienterna efter behandlingen och hur de bemästrar situationen. Det var tidsödande att leta efter artiklar som motsvarade vår stentfrågeställning eftersom det fanns oerhört mycket rapporterat på detta område. Många artiklar gick bort som enbart hade medicinskt syfte. De granskade artiklarna var skrivna av yrkeskategorierna läkare, psykologer och sjuksköterskor.

Flertalet studier har baserat sitt resultat på stort patientunderlag vilket gör resultaten evidensbaserade (21-22, 24-28,30). Med tre frågeställningar blev det mycket rapporterat på olika områden. Vårt resultat hade blivit djupare om vi hade begränsat oss mer. Vi hade initialt kunnat ta fram mycket fler artiklar eftersom många sållats undan, då rapporten inte motsvarat vårt syfte.

## **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva livskvalitet hos patienter med esofaguscancer och livskvaliteten efter stentbehandling. Vi ville också belysa sjuksköterskans stödjande funktion samt hur patient och närstående bemästrar situationen, för att vi som vårdpersonal skall öka förståelsen och underlätta för patient och närstående. Vi anser att resultatet i studien motsvarade vårt syfte.

### **Livskvalitet och stentbehandling**

Livskvalitet och hälsa är två begrepp som står i relation till varandra. Detta är något som är högst personligt (10). Den enskilda individen är den som slutgiltigt avgör sin egen livskvalitet. Livskvalitet kan mätas på många sätt och försöka fånga graden av allmänt välbefinnande. Hur god livskvalitet upplevs varierar från individ till individ (9). Utgångspunkterna för god livskvalitet bör skiljas från livskvalitet i sig själv. Man kan inte utan vidare identifiera dålig hälsa med dålig livskvalitet. Dålig hälsa kan naturligtvis bidra till att minska en persons livskvalitet (7).

Esofaguscancer är en avancerad sjukdom med dålig prognos och kort överlevnad (6). Stentbehandling är ett relativt säkert och kort ingrepp vilket förbättrar patientens dysfagi med mycket kort konvalescenstid och ses som en revolutionerad och livskvalitets förhöjande behandling (6, 22). I ett flertal studier kan man läsa om goda resultat av denna behandling kontra andra behandlingsmetoder (23-25). I en grekisk studie beskriver man ingreppet som inte helt komplikations fritt men livskvalitetsförhöjande kontra andra palliativa behandlingsmetoder (25). Stentbehandling är inte en standardiserad behandling vid esofaguscancer (22). Det finns andra aspekter beträffande val av behandlingen som t.ex. ekonomi, tradition och ålder (6).

Kultur och etnicitet samt i vilket skede i livet vi befinner oss i har inverkan på den upplevda livskvaliteten och bemästrandestrategin (20,22). I en kinesisk studie rapporterade patienterna högre livskvalitetspoäng och hänvisade till kultur och livsstil. En mer familjeorienterad vård leder till en bättre upplevd livskvalitet och hos patienter med ett bra socialt stöd används mer

optimistiska bemästrandestrategier (22). När vi inriktat oss på individens livskvalitet är det många andra faktorer som vi måste ta hänsyn till (21-22).

Sammanfattningsvis har arbetet resulterat i att vi fått ta del av hur patienter med esofaguscancer upplever försämrade livskvalitet utifrån psykosociala och fysiska aspekter. Dysfagi ställer till mycket bekymmer för patienten. Stentbehandling är ett relativt säkert ingrepp som genomförs med en mycket kort procedur som innebär kort sjukhusvistelse med snabb återfunktion av dysfagi och en förbättrad livskvalitet jämförelsevis emot andra behandlingar. Det är viktigt att patienter med esofaguscancer får hjälp och behandling i tid för att optimera livskvaliteten den korta tid de har kvar (23-25).

### **Sjuksköterskans stödjande funktion**

När en individ drabbas av sjukdom påverkas beteendet, hälsan och välbefinnandet (4).

Arbete med cancersjuka patienter och dess familj är en enorm utmaning att anta som sjuksköterska. Det är oerhört viktigt att ha med familjen med i omvårdnaden runt en cancersjuk patient (28). Enligt Kirkevolds (19) tolkning av Henderson omvårdnadsteori består sjuksköterskans uppgift i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, och att utföra sådana åtgärder som befördrar hälsa, tillfrisknande eller en fridfull död. Åtgärder individen själv skulle utföra om hon hade tillräcklig kraft, vilja eller kunskap.

Patientgruppen har mycket kort överlevnad och vi som vårdpersonal har resurser att påverka upplevelsen i positiv riktning. Att ge adekvat information, vara tillgänglig, visa empati och ge snabb symptomlindring underlättar för patienten och anhöriga den korta tid som patienten har kvar (6, 20, 30). Viklunds (27) avhandling angående specialistsjuksköterskans roll stärker detta påstående. Specialistsjuksköterskan hade en viktig roll genom hela vårdkedjan och värderas som mycket tillfredsställande och viktig av patienten (27). Detta finner vi stöd för i Orems egenvårdsteori där målet för omvårdnaden är att utveckla förmågan att ge stöd till egenvård för att klara av det dagliga livets aktiviteter så bra som möjligt (12). Enligt Statens Folkhälsoinstitut (13) skall hälso och sjukvårdspersonal i sitt arbete bidra till mindre handikapp, lidande, sjukdom och smärta, men också underlätta för den med sjukdom att leva ett gott liv.

Att finna en bra förklaring av vad stödjande vård och omvårdnad innebär har alltid varit svårt. Fincham (20) beskriver ”nycklar och komponenter” som hjälper oss att ge god omvårdnad. Nycklar till god omvårdnad innefattar:

- *“Valuing: respecting others and the patients as individuals.”*
- *“Connecting: establishing and continuing a good relationship with the family”.*
- *“Empowering: facilitating strengths within the family by encouraging and defusing.”*
- *“Doing for: enabling the patient as necessary by controlling pain and resolving problems”.*
- *“Finding meaning: helping to focus on living and acknowledging death.”*
- *“Preserving own integrity: valuing oneself as a nurse and being aware of one’s own needs and attachments” (20 sid. 3).*

Andra komponenter för god omvårdnad enligt Fincham (20):

- *“Determine the kind of supportive care that cancer patients had experienced at different stages of their cancer.”*

- *“Ascertain the patients` views on the supportive care they had received during their cancer journey.”*
- *“Elicit patients` views of the supportive care they would have liked to have received.”*
- *“Formulate a questionnaire to use as one of the data collection tools for the larger study” (20 sid. 4)*

### **Bemästrande hos patient och närstående**

Cancersjukvård involverar olika yrkeskategorier och vårdinrättningar för att den skall bli välfungerande (28). Familjens betydelse för vården och patientens välbefinnande återkommer i ett flertal artiklar (20, 22, 28, 30). Efter analys av artiklarna förstod vi att det inte gick att inrikta sig enbart på patienten, utan familjens betydelse för hur patienten klarade av att bemästra situationen.

Lazarus (15) beskriver bemästrande som en process att bemästra inre eller yttre krav som uppfattas påfrestande eller överstigande en persons resurser. Bemästrande består av de ansträngningar individen använder för att hantera stress som uppkommer vid en förändring i livet eller kris. Människan försöker förhandla med denna stress och beroende på personliga och sociala resurser väljer man den strategi som passar henne bäst (15). De patienter som använde kampvilja som bemästrandestrategi rapporterade högre mått på livskvalitet och emotionellt välbefinnande (21). Patienter med gastrointestinal cancer använde oftast optimistiska bemästrandestrategier trots en mycket dålig prognos (30). Kampvilja var den vanligaste strategin hos såväl patienter med bra och dålig prognos, dock tenderade patienter med sämre prognos att använda mer negativa strategier (21). När det gäller att hantera stressfulla situationer som uppkommer i vardagen som t.ex. nyttillkomna symptom tenderade patienten att använda sig av en mer avslappnande och accepterande attityd (30).

Valet av mätinstrument i en specifik studie kan påverka såväl resultat som slutsatser vilket innebär att det är nödvändigt att noggrant välja den mätmetod som har störst möjlighet att identifiera relevanta skillnader mellan olika behandlingsalternativ. Det är viktigt att välja frågeformulär som ger möjlighet att finna förändringar över tid, uppfyller grundläggande krav på relevans och exakthet, är korta, lätta att förstå, att fylla i och översatts till olika språk på ett korrekt sätt (10). Valet av mätmetod påverkade resultatet, vilket är viktigt att tänka på när man granskar en artikel då mätmetoden mycket väl kan färga resultatet (29).

Närstående upplevde många svårigheter när deras partner drabbades av cancer. Känslor av isolering och att tappa tålamodet var svårt att bemästra. Många anhöriga upplevde att de hade svårt att hinna med vad de borde och hade skuld-känslor (28, 30). Oro, depression, mörka tankar och koncentrationssvårigheter rapporterades. Bristande intresse för allt annat än deras sjuka partner upplevdes av många. Förnekandereaktioner, varför, förtvivlan och känsla av att inte förstå vad som händer upplevdes hos anhöriga och patienter. Många anhöriga önskade att de kunde göra mer. Detta är en viktig aspekt att ha med som vårdare, att låta anhöriga vara mer delaktiga om de önskar i omvårdnaden på institution och tvärtom. Vissa upplevde att de hade fullt upp med att ta hand om sig själva genom sjukdomskrisen, vilket är en viktig information för oss som vårdpersonal att inte lägga några värderingar i (30).

Cancervård (20) har tidigare fokuserat på överlevnad till att utvecklas mot att förbättra livskvaliteten. Det förs många diskussioner hur man kan förbättra vården för patientgruppen. I och med denna förändring och bättre behandlingar som leder till längre överlevnad, får

resurser och psykologiskt stöd mer utrymme i vården. Rutinmässigt psykologiskt stöd genom alla stadier i sjukdomsförloppet och att integrera den palliativa vården i generell cancersjukvård är ett förslag som framkommer i en artikel. Nationella konsulatet för Hospice och palliativ specialistvård beskriver stödjande vård som en specialavdelning designad att hjälpa cancerpatienter och deras anhöriga att bemästra situationen från början till slutet. Det främsta målet för vården är att ge den bästa behandlingen som resulterar i så bra livskvalitet som möjligt (20).

Kirkevold (18) beskriver Benners omsorgsteori som bygger på en möjlighet att både ge och ta emot hjälp, en mellanmänsklighet som leder till tillit, vilket gör att människan kan hjälpa sig själv, andra och ta emot hjälp samt uppleva att andra bryr sig om henne (18). En god familjerelation är ofta den sjukets viktigaste resurs för att hantera en kris och den nya livssituation som uppstår. Det är inför familjen människor visar styrka och svagheter och talar om sina innersta tankar (16).

Sammanfattningsvis finner vi att hela livsbilden förändras. När någon drabbas av en allvarlig sjukdom uppstår en fysiologisk och psykologisk obalans i kroppen. Detta är en åkomma som inte bara drabbar den enskilde individen utan hela familjen som då blir involverad på ett eller annat sätt. Ett bra stöd från närstående kan stärka individens självförtroende, förbättra livskvaliteten och förmågan till effektivt bemästrande (20, 28, 30). Yates (28) tycker att cancervården borde fokusera mer bort från institution och den enskilde individen mot en alltmer integrerad vård med familjen och det sociala systemet. Artikeln syftar till att förbättra vården för cancerpatienter och dess familj. I dag vårdas många svårt sjuka patienter i hemmet av hemsjukvården, men kommunen har inte tillräckliga resurser att stödja närstående. Det händer enligt våra egna erfarenheter att anhöriga tillsammans med hemsjukvård känner otrygghet i livet slutskede och patienten får lämna hemmet i ambulans för att slutligen avlida efter några få timmar eller dagar på institution. Vi anser att det är viktigt att specialistkunskaper måste integreras bättre ut i öppenvården för att hemsjukvård och anhöriga skall kunna hantera situationen bättre och känna trygghet.

På Sahlgrenska sjukhuset/Göteborg har ett vårdprogram utarbetats för att kvalitetssäkra vården för patienter med esofagus cancer. Efter datainsamling vid olika undersökningar informeras patienten om resultatet tillsammans med anhöriga av läkare och koordinator. För den palliativa gruppen finns en speciell mottagning där specialistsjuksköterskor och läkare arbetar. Där kan patienten snabbt få hjälp och råd (3). Trots vårdprogram och palliativ mottagning upplever många patienter enligt vår erfarenhet att det svårt att få vård när man är i akut behov av hjälp. På många andra sjukhus finns det en öppen retur för cancerpatienter vilket innebär att patienten alltid kan komma direkt till vårdavdelningen och få en sängplats om man blir akut försämrad.

SECC (Swedish Esophageal and Cardia Cancer) -registret vilket Viklund (27) använt sig av för att ta fram information till sin avhandling är en form av kvalitetssäkring. Informationen som insamlas där är i första hand av medicinsk karaktär och överlevnad. Långt ifrån alla sjukhus använder sig av datoriserad dokumentation. Detta gör det svårare för sjuksköterskor att kvalitetssäkra omvårdnaden. De flesta patienter med esofagus cancer får sin behandling på universitetssjukhusen. Esofagus cancer är en komplicerad åkomma och standardiserade vårdprogram för att optimera vårdkvaliteten kan behövas.

## SLUTSATS

I denna litteraturstudie har artiklar som behandlar livskvalitet, bemästrande, stentbehandling och sjuksköterskans sätt att stödja och underlätta för patienter med esofaguscancer redovisats i resultatet. I diskussionen har resultatet analyserats utifrån bakgrunden och egna erfarenheter som sjuksköterskor. Vi fann att det är svårt att inrikta sig på enbart patienten eftersom hela livsbilden förändras när man drabbas av en så allvarlig sjukdom. Närstående blir involverade på ett eller annat sätt och för att vi som vårdpersonal skall bemöta patienten på ett professionellt sätt krävs kunskap och förståelse om sjukdomsbilden och hur patient och närstående reagerar och bemästrar situationen.

Avslutningsvis vill vi att detta arbete skall inspirera till ny forskning inom området och utveckla cancervården. Vi ser ett behov av bättre modeller för att ta hand om patienten. Det skulle underlätta om sjukvården var mer flexibel med sängplatser och för de som är i behov av psykologiskt stöd, skall detta snabbt erbjudas för både patient och anhörig. Sjukvården bör vara mer behjälplig för anhöriga och grupper bör anordnas för utbyte av erfarenhet och stöd. Det är oerhört viktigt att få med hela familjen och hela vårdkedjan för att optimera omhändertagandet och behandlingen av cancerpatienten. Vi måste i ett tidigt skede av sjukdomen ge adekvat symptomlindring då patienter med esofaguscancer har en mycket kort överlevnad. Stentbehandling anses vara en revolutionerande åtgärd som kräver ett kort ingrepp med snabbt livskvalitetsförhöjande effekt. För att förbättra och kvalitetssäkra vården av cancerpatienter behövs mer forskning på hur patient och anhörig upplever sin situation och det krävs mer utbildning för både anhöriga och vårdpersonal.

## REFERENSER

1. Cancer i siffror. Populärvetenskapliga fakta om cancer. Epidemiologiskt Centrum Socialstyrelsen. Cancer fonden. 2005.
2. Cancer i siffror. Cancer i matstrupen. Epidemiologiskt Centrum Socialstyrelsen. Cancer fonden. 2001.
3. Onkologiskt Centrum, Västra sjukvårdsregionen, Vårdprogram för Esofagus cancer, Regionalt Vårdprogram. Göteborg: 1996.
4. Yarbo C, Trogge M, Goodman M, Groenwald S. Cancer Nursing Principles and Practice. 5th ed. 2000.
5. Johnsson E. Self expandable metallic stents in the upper gastrointestinal tract. [Doktorsavhandling ]. Institute of surgical sciences Sahlgrenska Academy. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2005.
6. Nordstedts svenska ordbok. Norge: Nordstedts & söner AB; 2004.
7. Strömberg A. Stora synonym ord boken. 2 uppl. Stockholm: Strömbergs bokförlag; 1998.
8. Nationalencyklopedin. Tofte bandet. Höganäs: Bra böcker AB; 1993.
9. Nordenfelt L. Livskvalitet och hälsa - Teori & kritik. Stockholm: Almqvist & Wiksell Företag AB; 1991.
10. SBU-rapport 155:1. Cytostatikabehandling vid cancer. Stockholm: 2001.
11. WHO. Official Records of the World Health Organization, 2. United Nations World Health Organization, Interim Commission. Geneva: 1984.
12. Rooke L. Omvårdnad teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. 2 uppl. Falköping: Liber utbildning; 1995.
13. Statens folkhälsoinstitut. Swedish National Institute of Public Health. Stockholm: 2005.
14. Franken R E. Human Motivation. 4th ed. California: Brooks/Cole Publishing Company; 1998.
15. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
16. Stein K. Palliativ behandling och vård. Lund: Studentlitteratur; 2001.
17. Jens G, Caney H, Brody K. Family coping, styles, and challenges. Nurs Clin North Am 2001; 36(4): 795-808.
18. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier, analys och utvärdering. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
19. Panelius M. Varisto H. Perioperativ vårdlära. Lund: Studentlitteratur; 1989.
20. Fincham L, Copp G, Caldwell K, Jones L, Tookman A. Supportive care: experiences of cancer patients. Eur J Onco Nurs 2005;9(3):258-68.
21. Nordin K. Glimelius K. Reactions to gastrointestinal cancer-variation in mental adjustment and emotional well being over time in patients with different prognoses. Psy -Onco. 1998;( 7):413-23.
22. Yan H. and Sellick K. Quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2004;41(3): 309-19.
23. Jun Yong J, Young Jun K, Joon Koo H, Jeon Min L, Kyong Ho L, Byung Ihn C. Palliation of anastomotic in recurrent gastric carcinoma with the use of covered metallic stents. Surg. 2004;135(2):171-77.
24. Bergquist H, Wenger U, Johnsson E, Nyman J, Ejnell H, Lundell L, Ruth M. Stent insertion or endoluminal brachytherapy as palliation of patients with advanced- cancer of the esophagus and gastroesophageal junction. Dis of Esop. 2005; 18:131-39.

25. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Moschandrea I, Skordilis P, Baziniz A, Kontis M. Natural course of inoperable oesophageal cancer treated with metallic expandable stents: Quality of life cost- effectiveness analysis. *J Gastro Hep.* 2004;19:1397-1402.
26. Elphick B, Smith J, Bagshaw S, Riley A. Self-expanding metal stents in the palliation of malignant dysphagia. *Dis of Esop.* 2005;18:93-95.
27. Viklund P. Quality of Life after Esophageal Cancer Surgery. Department of Molecular. Stockholm: [ Doktorsavhandling] Medicine and Surgery Karolinska Institutet; 2006.
28. Yates P. Family coping, issues and challenges for cancer nursing. *Canc Nurs* 1999; 22 (1): 63-71.
29. Wasteson E, Glimelius B, Sjöden P-O, Nordin K. Comparison of a questionnaire commonly used for measuring coping with a daily-basis prospective coping measure. *J Psychosom Res.* 2006; 61: 813-20.
30. Winterling J, Wasteson E, Glimelius B, Sjöden P-O, Nordin K. Substantial Changes in Life. *Canc Nurs* 2004; 27 (5): 381-88.



## Bilaga 1

### ARTIKELPRESENTATION

**Referens nr:** 20

**Författare:** Fincham L., Copp G., Caldwell K., Jones L., Tookman A.

**Titel:** Supportive care: experiences of cancer patients .

**Tidskrift:** European Journal of Oncology Nursing.

**Utgivningsår:** 2005

**Land:** Storbritannien

**Syfte:** Att ta reda på hur cancerpatienter upplever slutet och öppenvården i olika skeden relaterat till information, behandling, bemötande, bemästrande och om hur vården kan ges bättre.

**Urval:** Åtta cancer sjuka patienter blev intervjuade med fokus på deras upplevelse och erfarenhet.

**Metod:** Kvalitativ metod som baseras på intervju.

**Referenser:** 39

---

**Referens nr:** 21

**Författare:** Nordin, K and Glimelius, K.

**Titel:** Reactions to gastrointestinal cancer- variation in mental adjustment and emotional well being over time in patients with different prognoses.

**Tidskrift:** Psycho-Oncology

**Utgivningsår:** 1998

**Land:** Sverige

**Syfte:** Syftet med studien var att skaffa mer kunskap om förhållandet mellan bemästrandestrategier och känslomässigt välbefinnande samt förändringar över sjukdomsperioden hos patienter med stora skillnader i prognos.

**Urval:** 139 patienter med nydiagnostiserad gastrointestinal cancer från tre olika sjukhus i Uppsala.

**Metod:** Intervju med nydiagnostiserade patienter efter tre, sex och nio månader efter diagnos beskedet. Kvalitativ metod.

**Referenser:** 29

---

**Referens nr:** 22

**Författare:** Yan, H and Sellick, K.

**Titel:** Quality of life of chines patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer

**Tidskrift:** International Journal of Nursing Studies

**Utgivningsår:** 2004

**Land:** Kina

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva livskvalitet, symtom upplevelse, psykosocialt stöd hos kinesiska patienter med ny diagnos av gastrointestinal cancer. Identifiera faktorer som påverkar livskvalitet och undersöka förloppets stabilitet och omväxling av symtom.

**Urval:** 146 patienter med ny diagnos av gastrointestinal cancer rekryterades från tre stora sjukhus i Shanghai.

**Metod:** Ett frågeformulär fylldes i när sjukdomen diagnostiserats och sex månader senare. En medicinsk information utarbetades till studien för att mäta medicinsk fakta, symtom, oro, depression, social stöd, hälsa relaterad till livskvalitet och global livskvalitet. Kvantitativ mätmetod.

**Referenser:** 72

---

**Referens nr:** 23

**Författare:** Jun Yong Jeong MD, Young Jun Kim MD, Joon Koo Han MD, Jeon Min Lee MD, Kyong Ho Lee MD, Byung Ihn Choi MD, Han-Kwang Yang MD och Kuhn Uk Lee MD.

**Titel:** Palliation of anastomotic in recurrent gastric carcinoma with the use of covered metallic stents: Clinical results in 25 patients.

**Tidskrift:** Surgery

**Utgivningsår:** 2004

**Land:** Korea

**Syftet:** Syftet var att undersöka hur väl det kirurgiska ingreppet fungerar tekniskt och hur kliniskt effektivt det är att lägga in stent på patienter med obstruktion vid inoperabla magsäckstumörer.

**Urval:** 25 patienter med obstruktion i övre mage och tarm kanalen på grund av cancer.

**Metod:** Med hjälp av endoskopi placerades 25 expanderbara täckta stentar på patienter med inoperabel cancer i övre mage och tarm kanalen. Patienterna följdes upp månadsvis upp till 65 veckor efter ingreppet. Kvantitativ mätmetod.

**Referenser:** 37

---

**Referens nr:** 24

**Författare:** **Bergquist, H. Wenger, U. Johnsson, E. Nyman, J. Ejnell, H. Lundell, L. Ruth. M.**

**Titel:** **Stent insertion or endoluminal brachytherapy as palliation of patients with advanced cancer of the esophagus and gastroesophageal junction.**

**Tidskrift:** Diseases of the Esophagus

**Utgivningsår:** 2005

**Land:** Sverige

**Syfte:** Syftet med studien var att jämföra behandlings effekt vid stent inläggning kontra endoluminal brakyterapi (strålbehandling) rörande effekten på livskvalitet och speciella symtom.

**Urval:** 65 patienter med långt framskriden cancer i esofagus slumpmässigt utvalda för palliativ behandling med stent eller hög dos endoluminal brakyterapi under två till fyra veckor.

**Metod:** Analysen presenterades genom resultat av hälsorelaterad livskvalitet som mättes vid diagnosbesked och en, tre, sex, nio och 12 månader senare. Frågeformulär utarbetades för att kunna analysera patientens livskvalitet under och efter behandling. Kvantitativ mätmetod.

**Referenser:** 35

---

**Referens nr:** 25

**Författare:** **Xinopoulos, D. Dimitroulopoulos, D. Moschandrea, I. Skordilis, P. Baziniz, A. Kontis, M. Paraskevas, I. Kouroumalis, E and Paraskevas, E.**

**Titel:** **Natural course of inoperable oesophageal cancer treated with metallic expandable stents: Quality of life cost-effectiveness analysis.**

**Tidskrift:** Journal of Gastroenterology and Hepatology

**Utgivningsår:** 2004

**Land:** Grekland

**Syfte:** Studiens syfte var att utvärdera effektivitet, säkerhet och kostnad vid endoskopisk behandling med själv expanderande metal stent vid malign esofagus obstruktion eller stenosis.

**Urval:** 78 patienter med inoperabel esofagus cancer som behandlades med stent eller laser behandling som studerats i efter hand. En jämförande grupp var inkluderad för kostnads analys och urvalet var inte slumpmässigt.

**Metod:** Totalt 89 stent inläggningar genomfördes via endoskopi. Mer än hälften av patienterna var i behov av dilatation före stent behandlingen. Kvantitativ mätmetod.

**Referenser:** 41

---

**Referens nr:** 26

**Författare:** **Elphick, B. Smith, J. Bagshaw, S. Riley, A.**

**Titel:** **Self-expanding metal stents in the palliation of malignant dysphagia: Outcome analysis in 100 consecutive patients.**

**Tidskrift:** Diseases of the Esophagus

**Utgivningsår:** 2005

**Land:** Storbritannien

**Syfte:** Att identifiera faktorer som är associerade med ogynnsamma förlopp efter inläggning av självexpanderande stent.

**Urval:** 100 patienter som erhöll stentbehandling pga. cancer med obstruktion.

**Metod:** Endoskopiska undersökningar granskades där patienten genomgått stentbehandling. En standardiserat protokoll togs fram för att förenkla data insamlingen. Kliniskt patologiska tillstånd och data om stent behandlingen samlades in och jämfördes med post stent resultat och överlevnad. Kvantitativ mätmetod.

**Referenser:** 10

---

**Referens nr:** 27

**Författare:** Viklund, P.

**Titel:** **Quality of Life after Esophageal Cancer Surgery, IV Supportive care for patients with oesophageal and other gastrointestinal cancers: The role of the specialist nurse in the team.**

**Doktorsavhandling:** **From the Unit of Gastric Research Department of Molecular Medicine and Surgery. Karolinska institutet, Stockholm, Sverige.**

**Utgivningsår:** 2006

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att ta reda på hur patienter med esofagus eller övre gastrointestinal cancer upplever specialist sjuksköterskans funktion och hur denna hjälp fungerar jämförelsevis andra yrkes kategorier i vårdkedjan.

**Urval:** Alla patienter med esofagus cancer eller övre gastrointestinal cancer som hade varit i kontakt med specialist sjuksköterskan.

**Metod:** Frågeformulär med tolv olika frågor lämnades ut till patienterna. Sjuksköterskedokumentation inhämtades från datasystemet VIPS under utvalda sökord. Kvalitativ mätmetod.

**Referenser:** 129

---

**Referens nr:** 28

**Författare:** Yates, P.

**Titel:** **Family coping. Issues and challenges for cancer nursing.**

**Tidskrift:** Cancer Nursing

**Utgivningsår:** 1999

**Land:** USA

**Syfte 1:** Att ta reda på anhörigas upplevelser då en närstående drabbas av cancer.

**Urval:** 105 anhöriga till patienter med nydiagnostiserad cancer som svarade på frågeformulär.

**Metod:** Kvantitativ studie som baseras på resultat av frågeformulär.

**Syfte 2:** Att beskriva sjuksköterskans roll och upplevelser vid arbete med cancersjuka familjer.

**Urval:** Extrakt av 196 sjuksköterskerapporter som ingick i ett utvecklingsprogram där man ville utveckla det mentala stödet i vården.

**Metod:** Kvalitativ metod som baseras på sjuksköterskerapporter.

**Referenser:** 35

---

**Referens nr:** 29

**Författare:** **Wasteson, E. Glimelius, B. Sjöden, P-O. Nordin, K.**

**Titel:** **Comparison of a questionnaire commonly used for measuring coping with a daily-basis prospective coping measure.**

**Tidskrift:** Journal of Psychosomatic Research

**Utgivningsår:** 2006

**Land:** Sverige

**Syfte:** Hur patienter med gastrointestinal cancer bemästrar sin sjukdom – en jämförande studie mellan två olika mätskalor.

**Urval:** 95 patienter med nydiagnostiserad gastrointestinal cancer

**Metod:** Kvantitativ mätmetod där patienterna fick fylla i frågeformulär relaterat till bemästrandestrategier. Resultat mellan två mät skalor jämfördes.

**Referenser:** 33

---

**Referens nr:** 30

**Författare;** **Winterling, J. Wasteson, E. Glimelius, B. Sjöden, P-O. Nordin, K.**

**Titel:** **Substantial changes in life.**

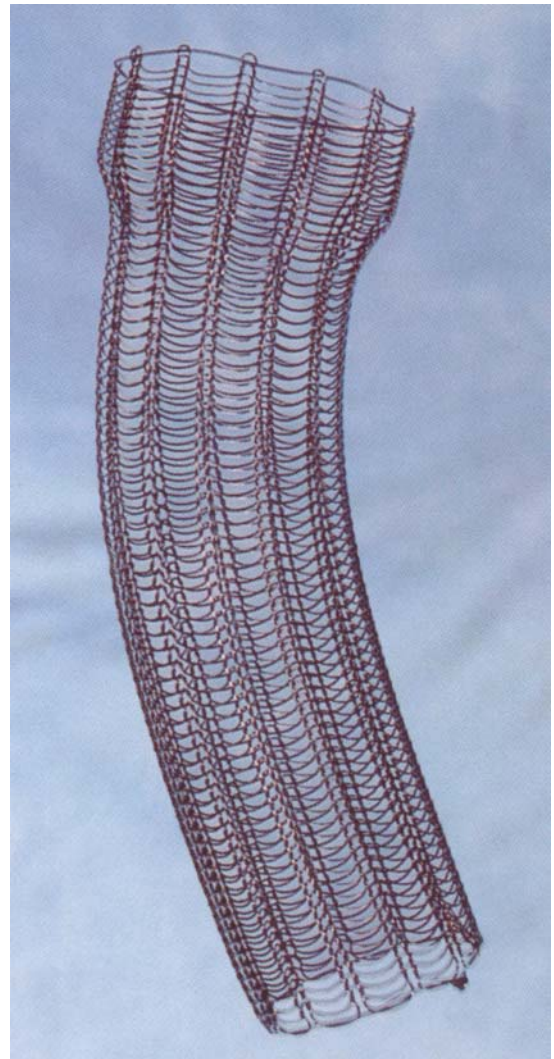
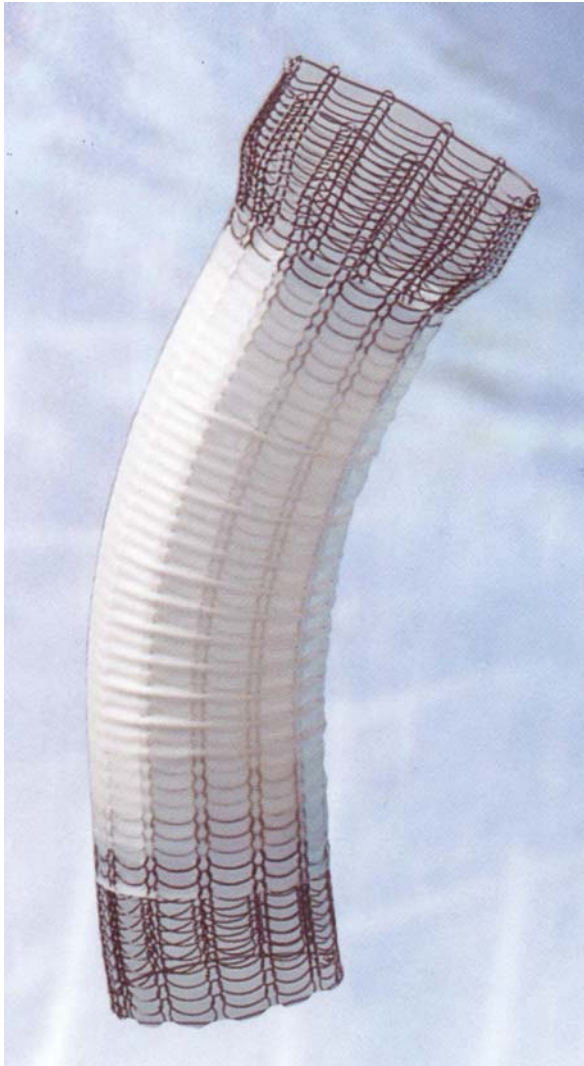
**Tidskrift:** Cancer Nursing

**Utgivningsår:** 2004

**Land:** Sverige

- Syfte:** Att beskriva livs förändringar hos nydiagnostiserade patienter med gastrointestinal cancer och deras anhöriga.
- Urval:** 14 patienter med nydiagnostiserad inoperabel gastrointestinal cancer och deras närmsta anhöriga.
- Metod:** Patienter och deras anhöriga intervjuades efter diagnos besked fram till dess att patienten avled. Kvalitativ mätmetod användes.
- Referenser:** 43

**Bilaga 2**  
**METALLSTENT(bilder från ref. 5)**





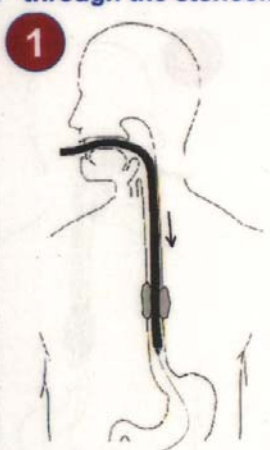
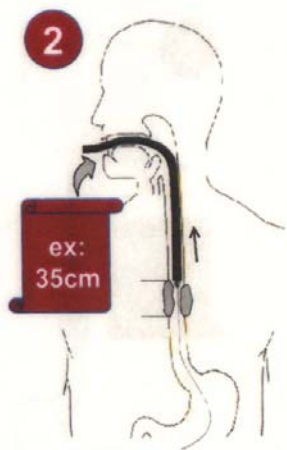
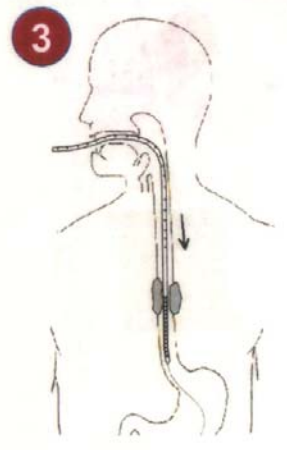
**Bilaga 3**

**STENTINLÄGGNING (tagit från Boston Scientific Corporation)**

### Ultraflex™ Oesophageal Proximal Stent

Use of Ruler

Boston Scientific

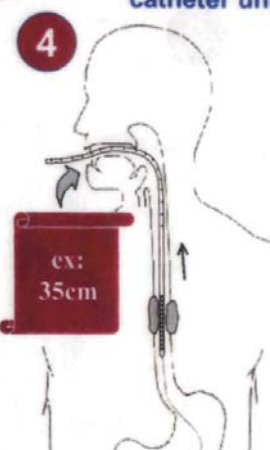

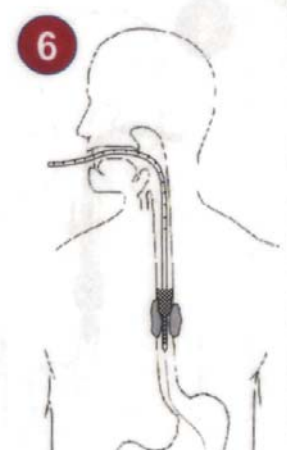
- 1** Pass the endoscope through the stenosis  
  
Advance a guidewire down into the stomach
- 2** Measure stricture length by withdrawing the endoscope  
  
ex: 35cm  
Place the endoscope at proximal margin and note the number at patient's teeth
- 3** Choose an Ultraflex 4 - 6cm longer than the stenosis  
  
Pass the Ultraflex catheter over the guidewire

© 2003 Boston Scientific Corporation. Printed in the UK DEUEND2073EA

### Ultraflex™ Oesophageal Proximal Stent

Use of Ruler

Boston Scientific

- 4** Withdraw the catheter until...  
  
ex: 35cm  
...the rule indicates the same measurement as the endoscope
- 5** Withdraw the catheter up to 2 - 3 cm  
  
ex: 33 to 32cm  
(In addition of fluoroscopy, it is recommended to control stent release by placing the endoscope in parallel to the catheter\*)
- 6** Start to release the Ultraflex Stent  


\*See DFU