



HÖGSKOLAN  
Dalarna

Institutionen för hälsa och samhälle  
Examensarbete inriktning omvårdnad  
Grundnivå II, 15 högskolepoäng  
Höstterminen 2007

# Cytostatikabehandling vid cancersjukdom

## Upplevelse av livskvalitet samt omvårdnadsåtgärder

En systematisk litteraturstudie

Författare  
Pernilla Andersson

Handledare  
Charlotte Hillervik

Examinator  
Gill Sörensen Duppils



HÖGSKOLAN  
Dalarna

School of Health and Social Sciences  
Essay Course - Nursing  
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits  
Autumn term 2007

# Quality of Life and Care among Patients with Cancer Treated with Chemotherapy

*A Systematic Literature Review*

Author  
Pernilla Andersson

Supervisor  
Charlotte Hillervik

Examiner  
Gill Sörensen Duppils

## **SAMMANFATTNING**

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att beskriva patienters upplevelse av livskvalitet samt sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder i samband med cytostatikabehandling vid cancersjukdom. För att besvara studiens syfte har sökning efter artiklar (n=17) genomförts i databaserna Blackwell Synergy samt Elin@Dalarna. Följande sökord har använts i olika kombinationer; cancer, patients, experience, nurse care, quality of life, scale, instrument, chemotherapy och care. Resultatet visade att cytostatikabehandlingen hade både positiv och negativ inverkan på patienternas livskvalitet. Livskvaliteten ökade då symtom lindrades. Försämrad livskvalitet var alltid associerad till biverkningar av cytostatikabehandlingen. De vanligaste biverkningarna som inverkade på livskvaliteten var illamående och kräkningar, fatigue, hårförlust samt neutropeni. Biverkningarna påverkade patienternas livskvalitet negativt då de försämrade deras välmående samt förändrade deras situation i vardagslivet. Information och undervisning var viktiga omvårdnadsåtgärder för att förbereda patienterna inför behandlingen och för att underlätta deras situation under behandlingstiden. Även att få stöd från sjuksköterskan ansågs vara viktigt under behandlingstiden.

**Nyckelord:** Cancer, patienter, upplevelse, livskvalitet, cytostatika och sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder

**Keywords:** Cancer, patients, experience, quality of life, chemotherapy and nurse care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	6
<b>Cancer</b> .....	6
<b>Prevalens</b> .....	7
<b>Cytostatikabehandling</b> .....	7
<b>Cytostatikabehandlingens syfte</b> .....	8
<b>Cytostatikabehandling i praktiken</b> .....	8
<b>Biverkningar av cytostatikabehandling</b> .....	9
<b>Livskvalitet</b> .....	10
<b>Livskvalitet inom sjukvården</b> .....	10
<b>Sjuksköterskans omvårdnadsroll</b> .....	11
<b>Sjuksköterskans roll inom den onkologiska vården</b> .....	11
<b>Problemformulering</b> .....	12
<b>Syfte</b> .....	12
<b>Frågeställningar</b> .....	12
<b>METOD</b> .....	13
<b>Design</b> .....	13
<b>Datainsamling</b> .....	13
<b>Urval av litteratur</b> .....	13
<b>Analys</b> .....	14
<b>Etiska aspekter</b> .....	16
<b>RESULTAT</b> .....	16
<b>Patienters upplevelse av livskvalitet vid cytostatikabehandling</b> .....	20
<b>Upplevelsen av livskvalitet vid adjuvant cytostatikabehandling</b> .....	20
<b>Upplevelsen av livskvalitet vid palliativ cytostatikabehandling</b> .....	21
<b>Upplevelsen av vanliga biverkningar inverkan på livskvaliteten</b> .....	22
<i>Illamående och kräkningar inverkan på livskvaliteten</i> .....	22
<i>Fatigues inverkan på livskvaliteten</i> .....	24
<i>Hårförlustens inverkan på livskvaliteten</i> .....	25
<i>Neutropenins inverkan på livskvaliteten</i> .....	26

<b>Patienters upplevelse av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid cytostatikabehandling.....</b>	<b>28</b>
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>30</b>
<b>Sammanfattning av huvudresultaten.....</b>	<b>30</b>
<b>Resultatdiskussion.....</b>	<b>30</b>
<b>Metoddiskussion.....</b>	<b>33</b>
<b>Slutsats.....</b>	<b>34</b>
<b>Vidare forskning.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>36</b>
<b>Bilaga 1 Granskningsmall för kvalitetsbedömning – kvantitativa studier</b>	
<b>Bilaga 2 Granskningsmall för kvalitetsbedömning – kvalitativa studier</b>	

## INTRODUKTION

I Sverige, liksom i hela världen är cancer en diagnos som hela tiden ökar (Socialstyrelsen, 2005a). Denna sjukdom med dess behandlingar påverkar människan både fysiskt och psykiskt. Omvårdnaden är viktig eftersom dessa människor befinner sig i en kaotisk situation i livet. Sjuksköterskan inom den onkologiska vården har här en omfattande och viktig roll med tanke på dessa patienters omfattande omvårdnadsbehov (Varre, 2003).

### Cancer

Benämningen cancer även kallat kræfta förklarades redan på Hippokrates (omkring 400 år före Kristus) tid som elakartade tumörers benägenhet att med hjälp av utlöpare, likt kräftklor griper omkring sig i den angränsande vävnaden. Idag används ordet som en gemensam benämning för alla elakartade tumörer (Brehmer-Andersson, 1996). Enligt Einhorn (2000) samt Hassan och Ljungman (2003) påbörjas utvecklingen av en malign tumörsjukdom då en enda av kroppens alla celler förvandlas till en cancercell. Denna cancercell har egenskaper som skiljer sig från normalcellen. Detta är några av cancercellens egenskaper:

- *Onormal celldelning*, innebär motsatsen till den benägenhet friska celler har, det vill säga som delar sig då det finns behov av fler celler. Hos cancercellen sker celldelningen istället ofta onormalt snabbt trots att behovet av fler celler saknas.
- *Rubbningar i apoptosfunktionen*. Då skador i cellens DNA uppstår skall en normal cell begå självmord om den inte längre behövs i kroppen. Denna programmerade apoptos det vill säga celldöd är kroppens sätt att skydda sig mot skadade celler samt celler som inte längre behövs i kroppen. Hos cancercellen som definitionsmässigt är både en onödig samt skadad cell är denna apoptosfunktion förändrad så att inte cellen dör trots att den borde göra det.
- *Evigt liv*. Detta innebär att cancercellen kan leva samt dela sig under mycket lång tid och ibland för evigt i motsats till friska celler som endast lever under en begränsad tidsperiod och då endast kan genomgå ett visst antal celldelningar.
- *Bristande respekt för omgivningen*. I motsats till den friska cellen som lever i harmoni med de omkringliggande vävnaderna samt cellerna tar inte cancercellen den hänsynen. Den växer istället via celldelningen in i omkringliggande vävnader och cellstrukturer och förstör dessa.

- *Metastaseringsförmåga.* I motsats till de friska cellerna som håller sig till de vävnader där de hör hemma så har cancercellen ibland förmågan att kunna sprida sig i kroppen. Den lossnar då från modertumören och sprider sig sedan via lymf- och blodkärl till andra vävnader där den kan fortsätta att dela sig (a.a.).

En cancercell är således en före detta frisk cell som har genomgått en metamorfos det vill säga en förvandling och därmed erhållit förbättrade eller nya överlevnadsegenskaper. Detta innebär att de egenskaper som karakteriserar cancercellen har sin grund i centrala nyckelgener som styr dessa funktioner. Men oftast krävs det flera skadade gener för att en cancercell skall bildas. Utvecklingen av en specifik cancerform bestäms i sin tur av den celltyp som blir förvandlad till en cancercell (Einhorn, 2000).

## **Prevalens**

I Sverige under år 2003 fick cirka 41000 människor för första gången en cancerdiagnos. Av dessa var 47 procent kvinnor och 53 procent män. Därtill konstaterades att cirka 7300 människor hade två eller fler nya tumörer. Cirka två tredjedelar av samtliga patienter var över 65 år när de fick diagnosen. Den vanligaste cancerformen bland kvinnor är bröstcancer som år 2003 utgjorde knappt 30 procent av all kvinnlig cancer. Detta motsvarar 6900 kvinnor. Bland män är prostatacancer den vanligaste cancerformen. Prostatacanceren utgör cirka 35 procent av all cancer bland män i Sverige vilket år 2003 motsvarade 9000 fall. I Sverige ökade antalet cancerfall med 0,5 procent per år bland kvinnor och med 1,1 procent per år bland män under perioden 1994 till 2003. Många människor dör varje år till följd av cancer och numera är cancer i Sverige den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt-kärlsjukdomar för både män och kvinnor (Socialstyrelsen, 2005a).

## **Cytostatikabehandling**

Cytostatika kommer från grekiskan och betyder cellhämmare och är ett samlingsnamn för flera olika läkemedel som dödar och/eller hindrar celler att dela sig. Cytostatika är en effektiv behandlingsmetod för att förhindra att canceren vidare utvecklas och metastaserar. Förutom att cancerceller dödas eller förhindras av cytostatika kan även de friska cellerna i kroppen skadas och dödas av denna behandling. Detta leder till att patienten kan uppleva biverkningar i varierande utsträckning. Dock verkar framförallt cytostatika på cancercellerna eftersom dessa delar sig mycket oftare (Hassan & Ljungman, 2003).

### **Cytostatikabehandlingens syfte**

Cytostatika kan ges i kurativt, adjuvant, neoadjuvant samt palliativt syfte. Då syftet är kurativt innebär detta att patienten skall botas så att sjukdomen i möjligaste mån inte skall komma tillbaka. En adjuvant behandling innebär att den startar efter att tumöravlägsning har skett, vanligtvis genom kirurgi. Detta för att utplåna eventuella kvarstående mikrometastaser. Den neoadjuvanta behandlingen startar i sin tur redan innan tumören har avlägsnats med kirurgi eller behandlats med strålbehandling. Denna behandling har som syfte att minska tumörmassan för att underlätta efterföljande behandling. Samtidigt har även här eventuella mikrometastaser behandlats (Hassan & Ljungman, 2003). Den palliativa behandlingen ges i symtomlindrande syfte eftersom sjukdomen då inte kan botas. Strävan är då att patienten inte skall uppleva cytostatikabehandlingens biverkningar värre än sjukdomen (Hassan & Ljungman, 2003; Kim, Fall & Wang, 2005).

### **Cytostatikabehandling i praktiken**

Cytostatika ges vanligen intravenöst vilket har visat sig vara det tillförlitligaste sättet att få läkemedlet att nå fram till tumören. Vissa cytostatika ges dock fortfarande peroralt, det vill säga via munnen. Då tumören är begränsad till en specifik del av kroppen ges ibland cytostatika enbart till detta område, till exempel ryggmärgsvätskan, bukhålan eller via blodkärlen in i en extremitet eller till levern (SBU, 2001). Cytostatika kan också ges arteriellt eller intramuskulärt då det injiceras in i en artär respektive i en muskel (Boman, 2000). Genom detta kan högre doser användas med en förhoppning om en bättre effekt mot tumören (SBU, 2001).

Cytostatika ges vanligen i specifika kombinationer av två eller flera substanser. De olika kombinationerna av cytostatika kallas för regimer. De olika cytostatikaregimerna har utvecklats empiriskt vilket innebär att de är baserade på tidigare forskning. Valet av cytostatikaregim för den enskilda patienten baseras huvudsakligen på tumörens histologiska typ samt på data från kliniska studier med många patienter där resultaten har påvisat vilken behandling som är bäst för den genomsnittlige patienten. Detta innebär att man först efter några behandlingsomgångar kan utvärdera hur tumören hos den enskilde patienten svarar på den utvalda cytostatikaregimen. Detta medför problem eftersom patienten, ibland med kort förväntad överlevnadstid, utsätts för risker att drabbas av svåra biverkningar i onödan. För



patienten kan detta i sin tur leda till sänkt livskvalitet innan eventuell vinst med behandlingen kan utvärderas (SBU, 2001).

### **Biverkningar av cytostatikabehandling**

Då även kroppens friska celler påverkas av cytostatika innebär detta att patienter kan få biverkningar som ibland kan vara livshotande. Dessa biverkningar varierar mellan olika sorters cytostatika beroende på dess skilda verkningsmekanismer. Biverkningarna skiljer sig även åt från individ till individ. Illamående och kräkningar är vanliga biverkningar som patienter besväras av både psykiskt och fysiskt i samband med cytostatikabehandling. Förändrad lukt- och smakupplevelse, sår i munnen, muntorrhet samt munsvamp är andra besvär som kan uppkomma (Valand & Fodstad, 2002; Varre, 2003). Malnutrition kan vara en följd av dessa biverkningar vilket är viktigt att beakta då forskning har visat att malnutrierade patienter med cancer har en benägenhet att få fler komplikationer av cytostatikabehandlingen än patienter som har ett bra näringsintag och en stabil vikt (Read, Choy, Beale & Clarke, 2006; Odelli, Burgess, Bateman, Hughes, Ackland, Gillies & Collins, 2005).

Påverkan på benmärgen är en annan följd som ofta uppkommer vid cytostatikabehandling. Detta innebär att antalet vita blodkroppar sjunker vilket med andra ord kallas leukopeni samt neutropeni. Då de vita blodkropparna sjunker blir patienten allt mer infektionskänslig ju lägre värdet visar. Om värdena blir för låga och patienten drabbas av en infektion kan detta vara livshotande. Det kan då bli aktuellt med isolering av patienten på sjukhus. Då cytostatikabehandling har getts under en tid kan också patientens trombocyter (blodplättar) sjunka liksom att blodvärdet blir lågt vilket med andra ord kallas för att patienten har trombocytopeni respektive anemi. Även dessa tillstånd är viktiga att observera (Valand & Fodstad, 2002; Varre, 2003).

En annan biverkning av cytostatika är hårförlust som är mer eller mindre uttalad beroende på vilken sorts cytostatika patienten får. Även neurologiska biverkningar i form av domningar och stickningar i händer och fötter kan förekomma vid viss sorts cytostatikabehandling. Diarré och förstoppning kan vara problem som uppkommer på grund av att cytostatika påverkar tarmperistaltiken. Uttalad trötthet, fatigue, är också en vanlig biverkan av cytostatika som drabbar patienter i varierande grad (Valand & Fodstad, 2002; Varre, 2003). De Jong, Candel, Schouten, Huijjer Abu-Saad och Courtens (2004) framför i sin studie att förekomsten av fatigue steg signifikant då patienterna började med cytostatikabehandling (a.a.). Vid

cancersjukdom samt inför och under behandlingstiden upplever också många patienter oro samt ångest (Reitan, 2003).

## **Livskvalitet**

Begreppet livskvalitet har definierats på olika sätt. En viss oenighet finns angående hur begreppet egentligen bör definieras. Emellertid har det enats om att livskvalitet är ett flerdimensionellt och subjektivt begrepp som omfattar både fysiska, psykiska samt sociala aspekter av livet (Rustöen, 2003). Kim et al. (2005) uppger också att varje människas definition av sin livskvalitet i livet är unik och att det därför är viktigt att behandla varje individ individuellt (a.a.). Detta är också viktigt att ha i åtanke som sjuksköterska eftersom samma symtom, sjukdom samt behandling kan upplevas olika av enskilda patienter (Carlsson, 2007). Även om livskvalitet innebär en hög grad av subjektivitet finns det vissa element som kan urskiljas och delas av många. Detta gör det meningsfullt att mäta livskvalitet (Sahlberg Blom, 2001).

### **Livskvalitet inom sjukvården**

Inom hälso- och sjukvården är livskvalitet ett begrepp som har fått allt större betydelse. Livskvalitet används också ofta där synonymt med välbefinnande och livstillfredsställelse. Det bör således avspegla det värde som individen sätter på sin tillvaro. Då det gäller livskvalitet inom cancervården insåg man tidigt att denna variabel är viktig för utvärdering av behandling, vård samt rehabilitering (Carlsson, 2007). Numera blir det också allt mer vanligt att man ser till patienters livskvalitet inom så väl den onkologiska som den palliativa vården. Genom att mäta patienters livskvalitet kan problem lättare identifieras. Detta är också ett viktigt komplement till medicinska utvärderingsmått för behandling, såsom tumörrespons samt överlevnad (Carlsson, 2007; Daputo, Servente, Francolino & Hahn, 2005; Thatcher, Hopwood & Anderson, 1997).

Angående livskvalitetens betydelse i ett omvårdnadssammanhang framhäver Rustöen (2003) att faktorer som identitet, gemenskap, hopp samt mening har betydelse för hur människan upplever sin livssituation. Då patienten behöver stöd och hjälp för att kunna upprätthålla sin livskvalitet är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om dessa begrepp liksom att hon vet vad individen i fråga anser vara viktigt för att kunna må så bra som möjligt (a.a.). Kleeberg, Tews, Ruprecht, Höing, Kuhlmann och Runge (2005) menar att tillfredsställelsen genom den

hjälp, information samt vård patienter med cancersjukdom får för att kunna uppnå livskvalitet är relativt god. Trots detta finns det ändå mycket inom vården som behöver förbättras för att kunna göra det ännu bättre för patienterna (a.a.). Carlsson (2007) och Dapueto et al. (2005) uppger också att vid sidan av begreppet livskvalitet finns nu även den nyare termen hälsorelaterad livskvalitet. Detta begrepp fokuserar på vilka konsekvenser sjukdom och behandling har på individens livskvalitet. I den hälsorelaterade livskvaliteten vägs även biverkningar av behandling in (a.a.).

### **Sjuksköterskans omvårdningsroll**

En sjuksköterska skall enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ha kunskap om medicinsk vetenskap liksom omvårdnadsvetenskap. Att tillvarata det friska hos patienten liksom att tillgodose dennes fysiska, psykiska, sociala, kulturella samt andliga behov är en annan del av hennes funktion. Det är också av stor vikt att både de basala samt de specifika omvårdningsbehoven tillgodoses samt att sjuksköterskan visar lyhördhet och empati för patienten samt dennes närstående. Vidare skall sjuksköterskan observera, prioritera, värdera, dokumentera samt behandla förändringar i patientens tillstånd. I samband med undersökningar och behandlingar skall sjuksköterskan med sin kunskap informera patienten samt att i efterförloppet följa upp patientens tillstånd för att i möjligaste mån tillgodose dennes trygghet samt välbefinnande. Den ordinerade behandlingen skall också utföras av sjuksköterskan. Att tillgodose vård vid komplikationer i samband med behandling är också en viktig del i sjuksköterskans omvårdningsarbete. Att kunna ge ett bra bemötande samt att delge patienten och dennes närstående information och undervisning så att budskapet når fram är en annan viktig arbetsuppgift för sjuksköterskan. Sjuksköterskans arbete skall också präglas av ett etiskt förhållningssätt som grundas på beprövad erfarenhet samt vetenskap. Arbetet skall även utföras i enlighet med lagar, förordningar, föreskrifter samt andra vedertagna riktlinjer som har anknytning till den specifika verksamheten (Socialstyrelsen, 2005b).

### **Sjuksköterskans roll inom den onkologiska vården**

Då det gäller sjuksköterskans roll inom den onkologiska vården så är det omvårdnaden om människan som har fått en cancerdiagnos som är i centrum. Sjuksköterskans kunskaper om cancersjukdomen, behandlingen samt om den enskilde patientens reaktioner utgör omvårdnadens kvalitet. Som en naturlig del i omvårdnaden av patienten måste också

omsorgen om de närstående ingå, då i hög grad cancersjukdomen också påverkar dem. De närståendes mående har även inverkan på hur patienten kommer att må. Sjuksköterskan får dessutom en bättre överblick över patientens totala situation då hon även lär känna dennes närstående (Valand & Fodstad, 2002). Sjuksköterskan inom den onkologiska vården måste besitta en speciell kompetens inom denna specialitets kunskapsområde för att kunna utföra sin förebyggande, lindrande samt behandlande funktion (Reitan, 2003).

## **Problemformulering**

Livskvaliteten i samband med att cytostatikabehandling ges upplevs på olika sätt bland patienter som har en cancersjukdom. Att ta reda på hur dessa patienter upplever sin livskvalitet i samband med denna behandling kan vara till stor hjälp för hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna bemöta och omhänderta dessa individer samt de närstående utifrån deras förutsättningar. En ökad förståelse för patienters upplevelse i samband med cytostatikabehandling kan resultera i att sjuksköterskan än bättre kan stödja patienten i att kunna hantera behandlingstiden på ett tillfredsställande sätt vilket kan bidra till en ökad livskvalitet. Att belysa upplevelsen av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder i samband med patientens cytostatikabehandling ger ytterligare en vägledning om vad som är viktigt för patienten under behandlingstiden. Detta förtydligas ytterligare genom Lindströms (1995) påpekande om att det är mycket viktigt att fördjupa sig i de känslor som en individ med livshotande sjukdom har (a.a.). Eriksson (1997) har påpekat att relationen mellan sjuksköterskan och patienten utgör kärnan i vårdprocessen, således har det stor betydelse för det framtida förtroendet (a.a.).

## **Syfte**

Syftet var att beskriva patienters upplevelse av livskvalitet samt sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder i samband med cytostatikabehandling vid cancersjukdom.

## **Frågeställningar**

- Hur upplevdes livskvaliteten av patienter med cancersjukdom i samband med cytostatikabehandling?
- Hur upplevdes sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder av patienter med cancersjukdom vid cytostatikabehandling?

# **METOD**

## **Design**

Denna studie utfördes som en systematisk litteraturstudie.

## **Datainsamling**

Till litteraturstudien har sökning efter vetenskapliga artiklar genomförts i databaserna Blackwell Synergy samt Elin@Dalarna. De sökord som användes var cancer, patients, quality of life, instruments, scale, nurse care, chemotherapy, experience, care. Dessa sökord har använts i olika kombinationer. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara primärkällan och publicerade i vetenskapliga tidskrifter, vara i fulltext samt skrivna på engelska med publiceringsår mellan 1997-2007. Angående sökningen i databasen Blackwell Synergy specificerades publiceringstiden till januari 1997-oktober 2007 eftersom det där var möjligt att göra detta. Vid sökning i databaserna gjordes även begränsningen att angivna sökord skulle finnas i abstract. Exklusionskriterium var att artiklar som baserades på studier av barn i åldern 0-18 år valdes bort. Resultatet av sökningen med dess olika kombinationer av sökord finns presenterat i Tabell 2. En av artiklarna i resultatet liksom två artiklar i studiens introduktionsdel har hittats genom manuell sökning då referenslistorna till andra artiklar har lästs igenom.

De böcker som har använts i introduktionsdelen har sökts manuellt vid Högskolan Dalarnas bibliotek samt Kalmar länsjukhus lasarettsbibliotek.

## **Urval av litteratur**

Urvalet av litteratur har gjorts med relevans utifrån studiens syfte och frågeställningar. Efter genomförd sökning efter artiklar påbörjades urvalet av litteratur. Först lästes artiklarnas titel. Om det bedömdes att titeln på artikeln överensstämde med studiens syfte och frågeställningar lästes därefter abstract igenom. Utifrån abstractets lämplighet samt överensstämmelse med studiens syfte och frågeställning valdes artikeln ut för granskning. Samtliga artiklar som ansågs vara relevanta för studien skrevs därefter ut i fulltext. Sedan lästes dessa artiklar noggrant och kvalitetsbedömdes enligt mallen för kvantitativa studier (Bilaga 1) respektive den för kvalitativa studier (Bilaga 2). Slutligen sorterades och hämtades fakta ur de artiklar som ansågs vara lämpliga för denna studies resultat.

## Analys

Kvalitetsgranskning av artiklarna har gjorts med hjälp av granskningsmallar modifierade efter Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) samt Forsberg och Wengström (2003). En mall för kvantitativa studier (Bilaga 1) respektive en mall för kvalitativa studier (Bilaga 2) användes. Granskningen genomfördes för att värdera om artiklarna var vetenskapligt uppbyggda samt hade en god vetenskaplig kvalitet. Vid denna kvalitetsbedömning har en poäng getts per delfråga för ett svar som ansetts positivt och noll poäng där svaret på frågan var negativ. Bedömningen har gett en poängsumma som sedan räknats om i procent. Maximal poäng för artiklar med kvantitativ ansats var 29 poäng. Motsvarande poäng för artiklar med kvalitativ ansats var 25 poäng. En gradering av artiklarnas vetenskapliga styrka har indelats enligt följande:

**Tabell 1. Gränser för hög, medel och låg kvalitet uttryckt i antal poäng och procent.**

Kvalitet	Ansats			
	Kvantitativ		Kvalitativ	
	Procent	Antal poäng	Procent	Antal
Hög	100-80	29-23	100-80	25-20
Medel	79-60	22-17	79-60	19-15
Låg	< 60	< 17	< 60	< 15

Lägsta gräns för att en artikel skulle tas med i studien sattes till 60 procent vilket i poäng motsvarar 17 poäng för studier med kvantitativ ansats och 15 poäng för studier med kvalitativ ansats. Artiklar som erhöll lägre än 60 procent eller motsvarande poäng sorterades bort då den vetenskapliga kvaliteten ansågs vara för låg (Tabell 1). Vetenskaplig kvalitet för de artiklar som är medtagna i studien presenteras i Tabell 3.

**Tabell 2. Sammanställning av sökning i databaserna.**

Databas	Sökord	Antal träffar n=355	Antal granskade artiklar n=50	Antal utvalda artiklar n=17
Blackwell Synergy	cancer and patients and quality of life and chemotherapy	62	10	3
Blackwell Synergy	cancer and patients and experience and quality of life and chemotherapy	11	1	0
Blackwell Synergy	cancer and patients and experience and nurse care and chemotherapy	13	3	1
Blackwell Synergy	quality of life scale and cancer and patients and chemotherapy	20	1	0
Blackwell Synergy	quality of life instrument and cancer and patients and chemotherapy	5	0	0
Elin@Dalarna	cancer and patients and experience and quality of life and chemotherapy	82	12	7
Elin@Dalarna	cancer and patients and experience and nurse care and chemotherapy	1	0	0
Elin@Dalarna	cancer and patients and experience and care and chemotherapy	123	15	5
Elin@Dalarna	quality of life instrument and cancer and patients and chemotherapy	38	8	1

Sammanställning av utvalda källor som valdes ut efter värdering enligt granskningsmallarna och som ligger till grund för resultatet presenteras i Tabell 3.

## Etiska aspekter

Detta är en litteraturstudie av redan publicerade artiklar. Uppsatsförfattaren har förhållit sig objektiv till den text som bearbetats och har inte förvrängt eller förvanskat något i resultaten.

## RESULTAT

Livskvaliteten kan vid cytostatikabehandling både minska och öka. Patienters upplevelse av livskvalitet samt sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid cytostatikabehandling var de aspekter som skulle beskrivas i denna studie. Nedan följer en sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet. Artiklarna omfattar studier som har genomförts i en rad olika länder angående patienter med cancer som genomgått cytostatikabehandling. Olika enkäter och frågeformulär har använts för att värdera samt mäta patienternas livskvalitet. I några artiklar har även intervjuer samt dagböcker använts för att kunna beskriva deras upplevelse av livskvaliteten.

**Tabell 3. Sammanställning av källor som ligger till grund för resultatet**

Författare	År	Nationalitet	Titel	Design	Datansamlingsmetod och urval	Kvalitetsnivå
Bang, S. M., Park, S. H., Kang, H. G., Jue, J. I., Cho, I. H., Yun, Y. H., Cho, E. K., Shin, D. B., & Lee, J. H.	2005	Syd Korea	Changes of quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer	Kvantitativ explorativ	Frågeformulär EORTC QLQ-C30* n=146 Patienter med lung-, colon- eller bröstcancer	Medel 22 poäng
Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Balducci, L., Horton, J., & Lyman, G. H.	2000	USA	Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer	Kvantitativ explorativ	Enkät SF-36** n=120 Patienter (kvinnor) med bröstcancer som fått cytostatika i adjuvant syfte (n=61) i jämförelse med en grupp friska kvinnor som aldrig haft cancer (n=59)	Hög 24 poäng



Fortner, B. V., Schwartzberg, L., Tauer, K., Houts, A. C., Hackett, J., och Stolshek, B. S.	2005	USA	Impact of chemotherapy-induced neutropenia on quality of life: a prospective pilot investigation	Kvantitativ explorativ prospektiv	Laboratorievärden Enkät SF-36** Intervju  n=71 Patienter med cancer som skulle påbörja sin första cykel med cytostatika i form av; docetaxel, cyklofosfamid, doxorubicin, vinkrisin eller paclitaxel	Medel 22 poäng
Fortner, B. V., Tauer, K., Okon, T., Houts, A. C., & Schwartzberg, L.	2005	USA	Experiencing neutropenia: Quality of life interviews with adult cancer patients.	Kvalitativ prospektiv	Intervju  n=34 Patienter med cancer som fått neutropeni grad 4 under cytostatika-behandling	Medel 19 poäng
Hakamies-Blomqvist, L., Luoma, M-L., Sjöström, J., Pluzanska, A., Sjödin, M., Mouridsen, H., Östenstad, B., Mjaaland, L., Ottosson, S., Bergh, J., Malmström, P-O., & Blomqvist, C.	2001	Sverige, Danmark, Finland, Norge, Polen och Estland	Timing of quality of life (QoL) assessments as a source of error in oncological trials	Kvantitativ retrospektiv  Multicenter-studie	Frågeformulär EORTC QLQ-C30*  n=283 Patienter med bröstcancer och metastaser	Hög 25 poäng
Karamouzis, M. V., Ioannidis, G., & Rigatos, G.	2007	Grekland	Quality of life in metastatic breast cancer patients under chemotherapy or supportive care: a single-institution comparative study	Kvantitativ komparativ	Frågeformulär EORTC QLQ-C30* och QLQ-BR23***  n=210 Patienter med bröst-cancer	Hög 24 poäng
Kobayashi, K., Ishihara, Y., Nukariya, N., Niitani, H., & Furue, H.	1999	Japan	Effects of anti-emetic drug (tropisetron) on quality of life during chemotherapy: Use of a diary-type questionnaire and application of summary measures for assessment in a randomized, multicentre study	Kvantitativ explorativ hypotes-prövande undersökning  Multicenter-studie	Frågeformulär QOL-EVJ**** Dagbok angående illamående och kräkningar  n=98 Patienter med cancer och problem med illamående och kräkningar.	Medel 22 poäng

McIlfattrick, S., Sullivan, K., McKenna, H., & Parahoo, K.	2007	Irland	Patients' experiences of having chemotherapy in a day hospital setting	Kvalitativ fenomenologisk	Intervju n=30 Patienter med skilda cancerdiagnoser som fick cytostatika	Hög 23 poäng
Miller, M., Maguire, R., & Kearney, N.	2007	Danmark, Irland och Storbritannien	Patterns of fatigue during a course of chemotherapy: Results from a multi-centre study	Kvantitativ deskriptiv  Multicenterstudie	Frågeformulär C-SAS*****  n=249 Patienter med lymfom, sarkom, akut lymfatisk eller myeloisk leukemi. Bröst-, colorektal-, lung- eller ovarialcancer	Hög 25 poäng
Mitchell, T.	2007	Storbritannien	The social and emotional toll of chemotherapy – patients' perspectives	Kvalitativ hermeneutisk fenomenologisk	Intervju Dagbok  n=19 Patienter med cancer under cytostatikabehandling (diagnoser ej angivet)	Medel 19 poäng
Osoba, D., Zee, B., Warr, D., Latreille, J., Kaizer, L., & Pater, J.	1997	Canada	Effect of postchemotherapy nausea and vomiting on health-related quality of life	Kvantitativ explorativ	Frågeformulär EORTC QLQ-C30* Dagbok med VAS-skala***** för att mäta svårighetsgrad vid antal uppkomna episoder med illamående och kräkningar  n=832 Patienter med skilda cancerdiagnoser under pågående behandling med cytostatika	Medel 22 poäng
Passik, S. D., Kirsh, K. L., Rosenfeld, B., McDonald, M. V., & Theobald, D. E.	2001	USA	The Changeable Nature of Patient' Fears Regarding Chemotherapy: Implications for Palliative Care	Kvantitativ explorativ	Enkät SDS*****  n=255 Patienter med lymfom samt bröst-, colorektal-, lung- och prostatacancer	Medel 22 poäng
Richardson, A., & Ream, E. K.	1997	Storbritannien	Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue	Kvantitativ deskriptiv	Dagbok  n=109 Patienter med ovarial-, kolorektal- och småcellig lungcancer	Hög 23 poäng

Roscoe, J. A., Bushunow, P., Morrow, G. R., Hickok, J. T., Kuebler, P. J., Jacobs, A., & Baneerje, T. K.	2004	Olika delstater i USA	Patient Exceptionation Is a Strong Predictor of Severe Nausea after Chemotherapy	Kvantitativ explorativ Multicenterstudie	Frågeformulär med Likertskala***** * Dagbok n=201 Patienter med bröstcancer	Hög 23 poäng
Rusthoven, J. J., Osoba, D., Butts, C. A., Yelle, L., Findlay, H., & Grenville, A.	1998	Canada	The impact of postchemotherapy nausea and vomiting on quality of life after moderately emetogenic chemotherapy	Kvantitativ explorativ	Frågeformulär Modifierad EORTC QLQ-C30* för att bara värdera illamående och kräkningars inverkan på livskvaliteten. Dagbok med antal gånger illamående och kräkningar uppkom samt dess svårighetsgrad.  n=119 Patienter med cancer under pågående behandling med cytostatika	Hög 26 poäng
Sun, C. C., Bodurka, D. C., Weaver, C. B., Rasu, R., Wolf, J. K., Bevers, M. W., Smith, J. A., Wharton, J. T., & Rubenstein, E. B.	2005	USA	Rankings and symptom assessments of side effects from chemotherapy: insights from experienced patients with ovarian cancer	Kvantitativ explorativ	Bedömningsskalor VAS***** och MSAS***** Intervju  n=70 Patienter (kvinnor) med ovarialcancer	Medel 21 poäng
Wu, H-S., & McSweeney, M.	2007	USA	Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired"	Kvalitativ fenomenologisk	Intervju Dagbok  n=10 Patienter med cancer under pågående behandling med cytostatika	Hög 23 poäng

\*EORTC QLQ-C30 =

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30

\*\*Enkät SF-36 =

Medical Outcomes Study Form 36

\*\*\*QLQ-BR23 =

Quality of Life Questionnaire Breast 23

\*\*\*\* QOL-EVJ =

Quality of life questionnaire for emesis and vomiting in Japanese patients with cancer

\*\*\*\*\* C-SAS =

Chemotherapy Symptom Assessment Scale

\*\*\*\*\*VAS =

Visual Analog Scale

\*\*\*\*\*SDS =

Symptom Distress Scale

\*\*\*\*\*Likertskala =

Femgradig skala som består av ett antal påståenden som man ska instämna i eller ta avstånd från, helt eller delvis. Patientens summerade poängvärde visar det aktuella attitydvärdet.

\*\*\*\*\*MSAS =

Memorial Symptom Assessment Scale

## **Patienters upplevelse av livskvalitet vid cytostatikabehandling**

### **Upplevelsen av livskvalitet vid adjuvant cytostatikabehandling**

I Broeckel, Jacobsen, Balducci, Horton och Lymans (2000) studie var syftet att beskriva kvinnors upplevelse av livskvalitet då de 3-36 månader tillbaka hade genomgått adjuvant cytostatikabehandling mot bröstcancer. Kvinnornas upplevelse av livskvalitet jämfördes med friska kvinnor som inte hade haft någon cancersjukdom. Det framkom att de kvinnor som hade fått cytostatikabehandling upplevde sin livskvalitet signifikant sämre. Mätning av livskvaliteten genomfördes på såväl den fysiska, psykiska samt den sociala hälsan. Resultatet visade att de kvinnor som genomgått adjuvant cytostatikabehandling upplevde sin hälsa sämre utifrån samtliga dimensioner än de som inte haft cancer under sitt liv (a.a.).

Enligt Mitchell (2007) beskrev patienterna i intervjuer att de upplevde känslor av både positiv och negativ karaktär i samband med sin cytostatikabehandling. Syftet med denna studie var att just beskriva hur cytostatika påverkade patienterna känslomässigt. Positiva känslor uppkom ofta i samband med en avklarad behandlingscykel, då målet till fullt tillfrisknande kom närmare. Känslorna hos patienter som genomgick adjuvant cytostatikabehandling var övervägande positiva eftersom effekter av behandlingen beräknades ha en bra utgång. Några patienter medgav att de upplevde positiva känslor av den allra första behandlingen då biverkningarna för dem var få. En del av patienterna tog då risken och gick till sitt arbete fram till den andra behandlingen då biverkningar som trötthet och illamående hindrade dem ifrån detta. Det visade sig också i kommande intervjuer att de påföljande behandlingarna även hos dessa patienter hade påverkat dem negativt både fysiskt och känslomässigt. De negativa känslorna var alltid associerade till biverkningar av cytostatikabehandlingen. De vanligaste biverkningarna var fatigue, illamående och kräkningar. Fatigue det vill säga tröttheten och utmattningen i samband med behandlingen kunde också leda till att individen fick koncentrationssvårigheter samt visade tecken på glömska. Illamående och kräkningar medförde också minskad matlust. Sammantaget upplevde dessa patienter att cytostatikabehandlingen orsakade ett avbrott i alla dimensioner av livet. Trots detta hade de en strävan efter att försöka leva så normalt som möjligt. Enligt patienterna var välmåendet relaterat till hur mycket eller lite de kunde utföra i vardagslivet. Det handlade här om att kunna arbeta i trädgården, utföra hushållsarbete, ägna tid till hobbies samt att umgås med

vänner och familj. Allt detta sågs som ett mål för att åter kunna känna att livet var under kontroll (a.a.).

Mitchell (2007) berörde också betydelsen av stöd från familj och vänner i sin studie. Familjen upplevdes för de flesta patienter som ett gott stöd. Partnern eller maken/makan till den som genomgick cytostatikabehandling agerade förutom som ett gott stöd även som den som uppmuntrade och gav extra kraft och styrka. Flera patienter fann också glädje i sina barn samtidigt som de oroade sig för hur de kände sig i synnerhet de som hade små barn. Cancersjukdomen med dess behandling kunde ses som något som hela familjen påverkades av. Då patienten hade bekymmer upplevdes och delades det med övriga familjen. För välmåendet och livskvaliteten var vännerna viktiga. Då motvillighet fanns att träffa vänner eller att delta i sociala aktiviteter var orsaken oftast biverkningar av cytostatikabehandlingen, som exempelvis oförutsägbara känslor av illamående. Många upplevde också att relationer med vänner förändrades, en del blev närmare och bättre medan andra blev mer avlägsna (a.a.).

### **Upplevelsen av livskvalitet vid palliativ cytostatikabehandling**

Enligt Hakamies-Blomqvist, Luoma, Sjöström, Pluzanska, Sjödin, Mouridsen, Östenstad, Mjaaland, Ottosson, Bergh, Malmström och Blomqvist (2001) upplevdes livskvaliteten mer eller mindre positiv under pågående palliativ cytostatikabehandling. Livskvaliteten ökade då symtom lindrades och minskade på grund av kraftiga biverkningar. Syftet med denna studie var förutom att mäta livskvaliteten hos patienter under pågående palliativ cytostatikabehandling även att uppskatta vilken inverkan en mätning som genomfördes vid fel tidpunkt hade på resultatet. Angående detta visade resultatet att tidpunkten för mätningen hade en stor betydelse för resultatets tillförlitlighet (a.a.).

I ytterligare en studie genomförd av Bang, Park, Kang, Jue, Cho, Yun, Cho, Shin och Lee (2005) var syftet att mäta livskvaliteten hos patienter som genomgick palliativ cytostatikabehandling. Det visade sig här att patientens livskvalitet ökades avsevärt angående minskade smärtor och sömnsvårigheter då de fick cytostatika i palliativt syfte. Även minskad andnöd upplevdes bland patienterna. Detta medförde en ökad livskvalitet. Dock minskade livskvaliteten på grund av de toxiska biverkningarna som ibland uppkom vid cytostatikabehandling. Många patienter valde också att inte genomgå cytostatikabehandling med palliativt syfte på grund av rädsla för biverkningar (a.a.).

I Karamouzis, Ioannidis och Rigatos (2007) studie var syftet att mäta livskvaliteten hos patienter med metastaserande bröstcancer under pågående cytostatikabehandling. Syftet var också att jämföra dessa patienter med patienter som fick palliativ vård men ingen cytostatika. Det konstaterades här att patienter som fick palliativ cytostatikabehandling upplevde att de hade bättre livskvalitet än de patienter som endast erhöll palliativ vård; stödjande samtal, opioider och andra läkemedel samt omvårdnad. Detta framkom genom att sammanlagt 210 kvinnor med metastaserande bröstcancer som nyligen hade fått sitt återfall av sjukdomen fick fylla i en enkät. Det framkom också att cytostatikabehandlingen hade en gynnsam effekt på livskvalitet. Kvinnorna upplevde positiva effekter främst beträffande dess inverkan på tröttheten, smärtan, matlusten samt deras sexuella lust (a.a.).

### **Upplevelsen av vanliga biverkningars inverkan på livskvaliteten**

De vanligaste förekommande biverkningarna som hade inverkan på livskvaliteten förekom i ett flertal av artiklarna; illamående och kräkningar (n=9), fatigue (n=10), hårförlust (n=3) samt neutropeni (n=4). En del artiklar tog upp fler än en biverkning. Dessa biverkningars inverkan på livskvaliteten presenteras här mer ingående.

#### *Illamående och kräkningars inverkan på livskvaliteten*

I studien genomförd av Kobayashi, Ishihara, Nukariya, Niitani och Furue (1999) var syftet att värdera livskvaliteten hos patienter som fick illamående och kräkningar i samband med cytostatikabehandling. Det framkom att upplevelsen av illamående vid cytostatikabehandling är en starkt subjektiv känsla. Dock rapporterades det att symtom som illamående och kräkningar generellt påverkar patientens möjlighet till att bevara ett normalt liv då det skapar problem för både den enskilda individen samt dennes familj. Stora problem med illamående kunde också leda till att patientens psykiska hälsa påverkades. Syftet med studien var också att se hur livskvaliteten påverkades då antiemetika användes i form av ett läkemedel vid namn tropisetron som gavs vid ett tillfälle innan cytostatikabehandlingen med Cisplatin påbörjades. En del patienter fick också ta detta läkemedel innan frukost fyra dagar efter behandling. Dock konstaterades det att läkemedlet inte helt förhindrade illamåendet och kräkningarna även om en förbättring kunde ses. Det kunde också urskiljas att detta läkemedel förbättrade situationen avseende det fördröjda illamåendet hos de patienter som fick tropisetron både före och efter behandling till motsats mot den andra patientgruppen som bara fick tropisetron innan cytostatikabehandlingen och endast placebo därefter. De patienter som fick tropisetron både

före och efter behandling erhöll en bättre livskvalitet såväl psykiskt som fysiskt. Minskat illamående och kräkningar bidrog till detta. (a.a.).

I studien av Rusthoven, Osoba, Butts, Yelle, Findlay och Grenville (1998) var syftet att mäta hur illamående och kräkningar påverkade patientens hälsorelaterade livskvalitet efter cytostatikabehandling. Det framkom här att den hälsorelaterade livskvaliteten sannolikt påverkas av cytostatikabehandling. Patienterna fick fylla i ett frågeformulär före behandlingen samt vid dag 2 och 6 efter behandlingen. Dessutom fick de föra dagbok under dessa dagar över hur illamående och kräkningar uppkom samt hur det inverkar på deras livskvalitet. Det framkom att de flesta patienter upplevde att illamåendet och kräkningarna var som värst under de två första dagarna efter cytostatikabehandlingen. Detta gjorde att den hälsorelaterade livskvaliteten då också upplevdes som sämst. Alla patienter upplevde dock inte illamående och kräkningar medan en del endast upplevde illamående. Trots detta upplevdes ändå den hälsorelaterade livskvaliteten vara sämre efter behandlingen än innan. Illamående och kräkningar inverkar även på den hälsorelaterade livskvaliteten på andra sätt. Eftersom dessa symtom även resulterade i att patienten fick sämre matlust, blev tröttare samt inte orkade med sina sociala aktiviteter och relationer i samma utsträckning som då inte illamående och kräkningar förekom. I denna studie fick så gott som alla patienter antiemetika innan behandlingen. Resultatet visade att det inte alltid fungerade optimalt beträffande att förebygga illamående och kräkningar (a.a.).

Syftet med studien utförd av Osoba, Zee, Warr, Latreille, Kaizer och Pater (1997) var även här att mäta illamående och kräkningars inverkan på livskvaliteten. För att få fram detta fick patienterna fylla i ett frågeformulär vid dag 1, det vill säga behandlingsdagen samt vid dag 8 och sedan vid första dagen i den andra behandlingscykeln som var mellan dag 15-29. Samtidigt fick patienten fylla i en behandlingsdagbok under var 6:e timme under de första 24 timmarna efter behandlingen samt därefter 1 gång per dag de påföljande 5-7 dagarna. Dagboken var till för att kunna få fram graden av illamående och kräkningar och den bestod av en VAS-skala som var graderad från 1-10 då patienten fick fylla i vilken grad illamåendet upplevdes vara. Så gott som alla patienter som studerades fick antiemetika i form av kortison samt en 5-HT<sub>3</sub> receptorantagonist för att förebygga illamåendet. Det framkom att de patienter som hade upplevt illamående och kräkningar under de första dagarna efter behandling upplevde att det sociala livet blev sämre samt att de kognitiva funktionerna så som koncentration och minne inte fungerade som det brukade. Dessutom upplevdes tröttheten som

besvärlig liksom sömnlösheten och att matlusten samt intaget av mat minskade. Allt detta innebar att den totala livskvaliteten försämrades avsevärt. De som inte upplevde illamående kände ändå av problem i form av ökad trötthet, minskad matlust och intag av mat. Dessutom upplevde de förstoppning vilket dock kunde vara relaterat till den antiemetika som gavs innan behandlingen. Negativa känslor upplevdes ofta en vecka efter behandling oavsett om illamående och kräkningar förekom eller ej. Skillnaden var att de som inte upplevde illamående och kräkningar upplevde att de flesta av dessa negativa känslor försvann efter den första veckan vilket det hos de flesta andra patienterna inte gjorde. Det konstaterades att det delvis kunde vara så att de patienter som inte hade illamående och kräkningar vid denna tidpunkt kunde känna en lättnad över att de ändå hade en benägenhet att klara behandlingen väl, med lindrigare biverkningar till skillnad mot de andra individerna (a.a.).

#### *Fatigues inverkan på livskvaliten*

Enligt Miller, Maguire och Kearny (2007) var syftet med deras studie att mäta förekomst och patienters erfarenheter av fatigue under cytostatikabehandling. Det visade sig att förekomst av fatigue fanns hos 57 % av studiens 247 patienter. Fatigue upplevdes också i varierande grad då 47 % upplevde den som mild medan den upplevdes som måttlig av 38 % samt som svår hos 15 % av patienterna. Grad av tröttheten hos patienterna hade också ett samband med hur plågsam den upplevdes. Fatigue hade en inverkan på patienternas livskvalitet i den mån att de inte kunde delta eller uppskatta aktiviteter som gjorde livet meningsfullt för dem. Generellt visade resultatet att förekomst och grad av fatigue var som störst vid den sjunde dagen efter behandlingen och därefter planades den mer och mer ut ju närmare nästa behandling patienten kom. Ju fler cytostatikabehandlingar patienten hade fått ju svårare blev graden av fatigue. För att få fram dessa data besvarade patienterna dagligen ett frågeformulär under 14 dagar efter varje behandlingsomgång. Patienterna som medverkade fick cytostatikabehandling med skilda syften. Detta innebar att en del patienter fick cytostatika i ett adjuvant syfte medan de andra fick det i ett palliativt syfte, vilket också kunde ha en inverkan på patienternas olika upplevelser av fatigue. Resultatet visade också att olika cytostatikaregimer med olika styrka också kunde ha inverkan på hur fatigue upplevdes samt påverkade patienternas liv (a.a.).

Även Wu och McSweeney (2007) hade till syfte att beskriva hur patienter under cytostatikabehandling upplevde fatigue. Resultatet av intervjuer som gjordes med patienterna visade att de upplevde sin fatigue som en trötthet som inte gick att sova bort. Under två veckor fick patienterna också föra dagbok om sin upplevelse av fatigue. Dock genomfördes



detta endast av 6 patienter. Tröttheten upplevdes av patienterna som något mycket mer än bara trötthet. Det var som att uppleva en helt ny förnimmelse. Flera patienter beskrev sin trötthet som så svår att det inte fanns ord för att kunna beskriva hur besvärlig den var. De kände sig som en trasa helt uttömd på energi. Förlust av rörlighet uppkom och de behövde vila ovanligt mycket. Ibland kändes det som att de bara ville sitta och inte göra någonting på grund av att de kände sig så trötta. Tröttheten beskrevs också som att den fanns där oavbrutet. Vila kunde inte bota tröttheten. Det var bara att acceptera att alltid känna någon form av trötthet. Efter varje cytostatikabehandling ökade tröttheten i svårighetsgrad ju mer cytostatika de fick. Flera patienter nämnde också att deras sömnkvalitet inte var så bra som innan de fick cancerdiagnosen och påbörjade sin cytostatikabehandling. Ofta vaknade de var 3:e-4:e timme. Orsaken till detta var oftast att det fanns en rädsla för att de inte skulle vakna upp igen. De flesta sov bättre på dagen. Flera av patienterna upplevde också att de tappade kontrollen över sin kropp eftersom kroppen inte längre kunde möta deras förväntningar. Det kändes då som att tröttheten hade tagit över hela livet vilket påverkade livskvaliteten avsevärt. Några patienter upplevde att de förlorade sin identitet på grund av tröttheten. Det var lättare att leva med tröttheten då de fick förklarat att den orsakades av cytostatikabehandlingen och att den fanns där troligtvis under en begränsad tid. Stöd från anhöriga och vänner gjorde också tiden med tröttheten under behandlingen mer hanterbar. Patienterna berättade att de numera tog mer hand om sig själva och tog tillvara livet på ett annat sätt, vilket var något positivt. Men övervägande kändes tröttheten som negativ utifrån såväl den fysiska, psykiska samt sociala dimensionen av livskvalitet (a.a.).

I en studie gjord av Richardson och Ream (1997) där också syftet var att patienterna skulle beskriva och värdera sin trötthet i en dagbok över en tid av 34 veckor. Det framkom även här att fatigue var en besvärlig biverkning av cytostatikabehandlingen som inverkar negativt på livskvaliteten. Tröttheten var som mest besvärlig för dem som fick cytostatikabehandling var 3:e vecka men upplevdes lite lindrigare för dem som fick behandlingen var 4:e vecka eller varje vecka (a.a.).

#### *Hårförlustens inverkan på livskvaliteten*

I studien genomförd av Passik, Kirsh, Rosenfeld, McDonald och Theobald (2001) var syftet att beskriva vilka rädslor patienterna hade inför cytostatikabehandlingen samt att mäta deras biverkningars inverkan på livskvaliteten under pågående behandling. Patienterna upplevde hårförlust som en av de mest traumatiska biverkningarna av cytostatikabehandlingen.

Patienterna fick fylla i en enkät före cytostatikabehandlingen. Samma enkät fylldes i även vid 3-6 månader efter den påbörjade behandlingen. Samtliga patienter som ingick i studien hade fått cytostatika tidigare eftersom de nu på nytt hade fått en cancerdiagnos och då syftet nu var palliativt. Hårförlusten även kallad alopecia kunde också ibland leda till känslor som nedstämdhet, ett förlorat självförtroende samt att de kände sig förnedrade. Hårförlusten medförde också att det kändes som att det syntes utanpå att något var fel med individen. Kvinnorna fruktade hårförlusten värre än män och i sin helhet hade det en större negativ inverkan på kvinnornas livskvalitet (a.a.).

Enligt Sun, Bodurka, Weaver, Rasu, Wolf, Bevers, Smith, Wharton och Rubenstein (2005) var syftet med deras studie att mäta och värdera patienternas biverkningar under cytostatikabehandling samt dess inverkan på livskvaliteten. Patienterna som ingick i studien fick värdera och skatta upplevelsen av biverkningar under 7 dagar efter cytostatikabehandlingen. Det framkom att hårförlusten inverkade starkt på patienternas livskvalitet. Det framkom även att gifta kvinnor dock tyckte att hårförlusten inverkade mindre på deras livskvalitet än vad de ogifta kvinnorna upplevde. Patienter som hade fått tillbaka sin sjukdom i motsatts till dem som hade fått sin cancerdiagnos för första gången rankade hårförlusten högre, det vill säga att den upplevdes som mer hemsk. Någon patient hade vid tillfälle uppgett att varje gång denne tittade sig i spegeln uppkom en påminnelse om att cancersjukdomen var tillbaka igen och det kändes mycket ledsamt (a.a.).

#### *Neutropenins inverkan på livskvaliten*

Fortner, Schwartzberg, Tauer, Houts, Hackett och Stolshek (2005) uppger i sin studie att neutropeni har en stor inverkan på livskvaliteten dock beroende på vilken grad av neutropeni som det handlar om. Syftet med studien var att utforska vilken inverkan neutropeni har på livskvaliteten. Graden av neutropeni i denna studie är indelad efter en skala 0-4 som är godkänd av National Cancer Institute's Common Toxicity Criteria (NCI-CTC). Den svåraste graden av neutropeni betraktas här som grad 4 och den mildaste graden som 0. Alla patienter hade fått en cytostatikabehandling var och besök gjordes vid den polikliniska mottagningen vid behandlingsdagen samt vid dag 7, 14 och 21 efter behandlingen. Blodprov togs dagen före behandlingen samt vid dag 7, 14 och 21 efter behandlingsdagen. Detta utfördes för att se om patienterna var neutropena. Samtidigt utfördes intervjuer. Även livskvaliteten mättes då patienterna fick fylla i en hälsoenkät. Blodprov togs även vid dag 10. Resultatet visade att 33 av studiens samtliga 77 patienter fick neutropeni grad 4, dock vid olika tidpunkter efter

behandlingen. 14 av dessa patienter (20%) hade neutropeni vid dag 7 samt att dessutom ytterligare 2 patienter hade neutropeni samt feber på 38,2 °C vid denna tidpunkt. Vid dag 14 efter behandlingen hade 25 (35%) av dessa patienter neutropeni och 1 (1%) patient hade det vid dag 21. Ingen av dessa patienter krävde sjukhusvård med isolering vid denna tidpunkt. Det som främst gjorde att livskvaliteten sänktes för patienterna med neutropeni grad 4 var kroppslig smärta, oro samt att de sociala kontakterna blev sämre på grund av det nedsatta immunförsvaret. Då livskvaliteten också jämfördes hos patienter med neutropeni grad 4 med dem som hade neutropeni grad 0-3 så framgick det också att de förstnämnda hade mycket sämre livskvalitet (a.a.).

I en annan studie av Fortner, Tauer, Okon, Houts och Schwartzberg (2005) med ett liknande syfte som ovan framkom att neutropeni grad 4 var relaterat till minskad livskvalitet. För att upptäcka patienter med neutropeni grad 4 togs blodprover vid dagen före behandlingen, dag 7, 14 och 21 efter behandlingsdagen hos patienter som genomgick någon av de sju olika behandlingsregimerna som har stor benägenhet att ge svår neutropeni. Intervjuerna påbörjades först när neutropenin hade upptäckts och upprepades sedan varje vecka fram tills nästa behandlingscykel påbörjades. Fem av studiens 34 patienter fick neutropeni grad 4 med feber och blev därmed inlagda på sjukhus eftersom de var mycket infektionskänsliga. Detta försämrade deras livskvalitet avsevärt utifrån både den fysiska samt den sociala dimensionen i och med deras nedsatta immunförsvaret samt bristen på sociala kontakter. Det framkom vidare att det vanligaste förekommande problemet vid neutropeni grad 4 var generellt trötthet. Hos hela 91 % av dessa patienter uppgavs det att trötthet var ett problem av neutropenin som inverkar på deras dagliga liv och därmed också på livskvaliteten. Andra problem som uppkom i lite mindre utsträckning var sömnsvårigheter, muskelsmärta samt smärta. Tjugo procent av patienterna uppgav också att de kände sig mer lättretliga. Över hälften av patienterna uppgav att deras dagliga rutiner inte kunde utföras och detta förhindrade dem från att leva det normala livet. Angående livskvaliteten framkom det att denna totalt blev sämre eftersom vardagliga aktiviteter och rutiner inte kunde utföras samt att fysiska och sociala aktiviteter som gav glädje och njutning i livet blev begränsat. Hos en fjärdedel av patienterna fanns också en oro samt rädsla för att fortsätta med cytostatikabehandlingen (a.a.).

## **Patienters upplevelse av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid cytostatikabehandling**

I studien utförd av Passik et al. (2001) där syftet som tidigare nämnts bland annat var att mäta biverkningarnas inverkan på livskvaliteten under cytostatikabehandling visade resultatet att patienternas förväntningar inför behandlingen påverkade hur de värderade och hanterade sina biverkningar. Förberedande undervisning minskade patienternas rädsla inför biverkningar och patienten visade sig även kunna hantera biverkningarna på ett lättare sätt (a.a.).

Även Roscoe, Bushunow, Morrow, Hickok, Kuebler, Jacobs och Baneerje (2005) hade till syfte att studera hur förväntningar och förberedelser inför cytostatikabehandlingen kunde påverka uppkomst av illamående och kräkningar. Resultatet visade att förberedande information om illamående och kräkningar inför cytostatikabehandling ansågs vara viktigt för patienten. Detta för att patienten skall få en trygghet och kunskap om hur detta skall hanteras och på så sätt underlätta patientens situation (a.a.)

Studien utförd av Mitchell (2007) hade förutom syftet att beskriva hur patienterna upplevde att de påverkades känslomässigt vid cytostatikabehandling även att studera behovet av stöd. Resultatet visade att behovet av stöd från sjuksköterskan till hela familjen ansågs vara en viktig del i omvårdnaden eftersom patientens välmående och därmed livskvaliteten förbättrades om dennes familjemedlemmar mådde väl. Resultatet visade också att situationen i familjen kunde ha förbättrats om sjuksköterskan hade haft en större förståelse för den psykosociala situationen i familjen. I samma studie visade det sig att sjuksköterskan upplevdes som att hon underskattade patienternas upplevelse av trötthet (a.a.).

Angående Miller et al. (2007) var ju som nämnts syftet med deras studie att mäta förekomst och patienters erfarenheter av fatigue under cytostatikabehandling. Det framkom att cancer- och behandlingsrelaterad trötthet är ett symtom och en biverkan som mer borde prioriteras i den kliniska verksamheten inom sjukvården. Patienterna ansåg att sjuksköterskan kunde hjälpa dem att hantera deras trötthet bättre då de fick information om hur fatigue kunde upplevas innan cytostatikabehandlingen påbörjades. Mer undervisning angående strategier som kan underlätta tröttheten hade behövts. Som till exempel enkla råd som att aktivera sig i den takt som kroppen orkar samt att inta ordentligt med näring etcetera (a.a.).

I en studie gjord av Richardson och Ream (1997) där syftet var att patienterna skulle beskriva och värdera sin trötthet i samband med cytostatikabehandlingen framkom det att patienterna i möjligaste mån försökte att hantera sin trötthet på olika sätt för att må lite bättre. Resultatet visade att patienterna hade önskat mer hjälp i hanteringen av tröttheten. Det påpekades också att sjuksköterskan endast hade kommit med råd och stöd i liten utsträckning. Patienterna förmodade att de hade klarat hanteringen av tröttheten bättre om de hade fått mer effektiv stöttning och information från sjuksköterskan under behandlingstiden (a.a.).

Enligt Fortner, Tauer et al. (2005) hade sjuksköterskan en betydelsefull roll vid hanteringen av neutropeni hos patienter under pågående cytostatikabehandling. Hennes roll beträffande att kunna taxera patientens riskfaktorer för neutropeni ansågs vara viktig. Dessutom ansågs ansvaret för införandet och uppdateringen av riktlinjer för hantering av neutropeni som en annan viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter. Detta eftersom det har visat sig att då utarbetade riktlinjer finns liksom att de följs så sparas dels sjukvårdens resurser samt att patienten behöver vistas kortare tid på sjukhus. Vidare påverkar detta också patientens livskvalitet. En annan viktig del inom sjuksköterskans ansvarsområde ansågs vara att ge patienterna undervisning om att vara försiktig vid den tidpunkt efter cytostatikabehandlingen då de vita blodkropparna ofta är som lägst och då immunförsvaret är sämre (a.a.).

Enligt McIlfatrick, Sullivan, McKenna och Parahoo (2007) var syftet med deras studie att beskriva patienternas upplevelse av att få cytostatikabehandling vid en poliklinisk mottagning. Resultatet visade att patienterna berättade att upplevelsen av att få cytostatikabehandling betraktades som en händelse fylld med rädsla, ilska och chock. Dock lindrades dessa känslor då den skickliga personalen togs sig an dessa patienter. Att få kommunicera om sin rädsla och andra känslor med den behandlande sjuksköterskan ansågs vara mycket värdefullt. Dock önskade en del patienter att de hade fått mer information både före och under behandlingstiden eftersom de upplevde att deras oro reducerades ju mer de fick prata om sin rädsla. Information ansågs också medföra att de fick kontroll samt att de då kände sig mer deltagande i behandlingen (a.a.).

# DISKUSSION

## Sammanfattning av huvudresultaten

Sammanfattningsvis kunde konstateras att cytostatikabehandlingen hade både positiv och negativ inverkan på patienternas livskvalitet (Bang et al., 2005; Hakamies-Blomqvist et al., 2001; Mitchell, 2007). Utifrån den positiva synvinkeln kunde generellt ses att livskvaliteten ökade då symtom lindrades som exempelvis smärta (Bang et al., 2005; Karamouzis et al., 2007). De negativa känslorna var alltid associerade till biverkningar av cytostatikabehandlingen (Mitchell, 2007). De vanligaste biverkningarna som inverdade på livskvaliteten var illamående och kräkningar, fatigue, hårförlust samt neutropeni. Enligt Mitchell (2007) påverkade biverkningarna patienternas livskvalitet negativt i den mån att de försämrade deras välmående samt att de förändrade deras situation i vardagslivet. Patienterna upplevde också att cytostatikabehandlingen påverkade inte enbart dem själva utan också de övriga inom familjen (a.a.). Angående sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder ansågs information och undervisning vara viktigt för att förbereda patienterna inför behandlingen liksom att underlätta deras situation under behandlingstiden (Passik et al., 2001; Roscoe et al., 2005). Information och stöd från sjuksköterskan var betydelsefull i den mån att det lindrade patientens oro och rädsla (Passik et al., 2001). Stöd till hela familjen ansågs också vara betydelsefullt (Mitchell, 2007). Beträffande information, undervisning och stöd önskade patienterna att detta hade förekommit i större utsträckning från sjuksköterskans sida (McIlfatrick et al., 2007; Miller et al., 2007; Richardsson & Ream, 1997).

## Resultatdiskussion

Angående den adjuvanta cytostatikabehandlingen då Mitchell (2007) uppger att patienterna i denna studie upplevde känslor av både negativ och positiv karaktär. Dock mestadels positiva känslor. Uppsatsförfattaren instämmer här enligt egen erfarenhet. De flesta patienter som uppsatsförfattaren träffar inom yrket som sjuksköterska vid en cytostatikamottagning i Sverige uppger att det känns positivt att få påbörja sin behandling. Detta eftersom det är ett steg närmare till ett fullgott tillfrisknande. Det stämmer också vidare att det som oftast upplevs negativt bland patienterna är då de får biverkningar av cytostatikabehandlingen. Många patienter uppger dock under behandlingstiden att de hade föreställt sig att behandlingen skulle ge dem mer biverkningar än vad den visade sig göra i verkligheten. De biverkningar som drabbar patienterna är ju också mycket individuellt.

Angående cytostatikabehandling med palliativt syfte där Bang et al. (2005) och Karamouzis et al. (2007) uppger att behandlingen övervägande hade en positiv inverkan på patienternas livskvalitet instämmer uppsatsförfattaren i den mån då patienten är i sådant skick att denne orkar med behandlingen. Med detta menar uppsatsförfattaren att det är viktigt att syftet med behandlingen är väl verifierat med vad patienten anses klara av för att resultatet skall bli bra och något värdefullt för patienten. Ibland kan det ses att cytostatikabehandling ges för länge. Biverkningarna blir då värre än själva lindrandet. Detta är en oerhörd svår balansgång, det vill säga att avbryta i tid eftersom många patienter är mycket behandlingsbenägna och ser sin behandling som sista hoppet i livet. För många patienter som får palliativ cytostatikabehandling fungerar också behandlingen väl då denna ger patienten en ökad livskvalitet just som Bang et al. (2005) och Karamouzis et al. (2007) också uppger. Då främst beträffande smärtlindringen.

Förvånande för uppsatsförfattaren är dock att Bang et al. (2005) uppger att många patienter väljer att inte genomgå cytostatikabehandling på grund av de toxiska biverkningarna. Enligt egen erfarenhet kan konstateras att de flesta patienter i ett palliativt skede är mycket mån om att få sin behandling då behandlingen ses som en nödvändig hjälp till ett drägligt liv under den tid som återstår av livet.

I studier av Kobayashi et al. (1999) och Rusthoven et al. (1998) samt Osoba et al. (1997) framkom det att då illamående och kräkningar förekommer hos patienter under pågående cytostatikabehandling bidrar detta till en sänkt livskvalitet. Detta överrensstämmer med uppsatsförfattarens erfarenheter eftersom illamående och kräkningar just är bland den mest fruktade biverkningen bland patienterna som genomgår cytostatikabehandling. Dock har mycket gjorts för att förebygga dessa biverkningar. Trots detta finns mycket kvar att göra för att minimera risken för illamående och kräkningar än mer. Instämmer också med att illamåendet och eventuella kräkningar oftast är som värst under de första dagarna efter behandlingen som Rusthoven et al. (1998) samt Osoba et al. (1997) nämner. Enligt uppsatsförfattarens mening har här sjuksköterskan en viktig roll genom att ge patienten goda råd samt stöd för att hjälpa denne att orka genomgå behandlingen. Dessutom för att underlätta i situationer då patienten mår som sämst.

Miller et al. (2007) och Wu et al. (2007) samt Richardson och Ream (1997) nämner samtliga att fatigue är en biverkan som inverkar negativt på patienternas livskvalitet och att tröttheten

upplevs som omöjlig att kunna sova bort. Där instämmer uppsatsförfattaren delvis. Fatigue upplevs av uppsatsförfattaren vara bland den vanligaste biverkan som patienterna uppper. Dock upplevs det som att tröttheten accepteras av patienterna mer än exempelvis illamående eller hårförlust. Det förekommer patienter som upplever tröttheten som besvärande men här är uppsatsförfattarens upplevelse att de hanterar denna biverkning förhållandevis väl. Naturligtvis medför en ökad trötthet en förändring i vardagen där patienterna får lära sig att prioritera och ta till vara på livet på ett annat sätt vilket också Wu et al. (2007) påpekar i sin studie.

Att förlora sitt hår var enligt Passik et al. (2001) och Sun et al. (2005) bland den mest fruktade biverkningen av cytostatikabehandlingen. Detta bidrog också ibland till nedstämdhet samt sänkt självförtroende hos patienterna. Uppsatsförfattaren kan förstå detta eftersom håret är så sammankopplat med individens identitet. Det känns ändå bra för uppsatsförfattaren som möter dessa patienter i yrket som sjuksköterska att det finns hjälp att få i form av fina peruker även om detta inte alltid är en tröst. Många patienter som uppsatsförfattaren möter inom yrket är dock mycket nöjd med sin peruk eftersom de idag är så fina och modifierade efter deras verkliga frisyra. Men många patienter upplever det också negativt med peruk och sörjer att de har tappat sitt hår.

Vid förekomst av neutropeni angav Fortner, Schwartzberg et al. (2005) och Fortner, Tauer et al. (2005) att livskvaliteten blev sämre eftersom vardagliga aktiviteter och rutiner inte kunde utföras samt att fysiska och sociala aktiviteter som gav glädje och njutning i livet blev begränsat. Dessutom upplevde en del patienter smärta i form av muskelvärk. Uppsatsförfattaren instämmer även här eftersom neutropeni är ett stort problem som kan skapa mycket besvär för patienten och ibland bli livshotande. Vid svår neutropeni där isolering av patienten blir ett måste kan följderna av detta bli att patientens fysiska och sociala liv blir inskränkt. Uppsatsförfattaren upplever att patienterna hanterar detta mycket olika. En del klarar det väl medan andra mår mer dåligt av detta och inverkan på livskvaliteten blir därefter. Neutropeni är dock enligt uppsatsförfattarens mening ett symptom som inte alltid tas på allvar då det ibland är svårt att få patienterna att förstå allvaret i det hela eftersom det även kan vara så att patienter mår bra trots att neutropeni förekommer. Sjuksköterskan har även här en viktig aspekt att arbeta vidare med, det vill säga att utforma informationen mer tydlig så att patienten blir mer uppmärksam på allvaret i det hela.



Enligt Passik et. al. (2001) och Roscoe et al. (2005) ansågs den förberedande undervisningen vara viktig eftersom den minskade patienternas rädsla inför biverkningar samt att patienterna även kunde hantera sina biverkningar på ett lättare sätt under behandlingstiden. Detta anser uppsatsförfattaren vara en viktig aspekt eftersom det har en stor betydelse för patienternas trygghet. Information och undervisning är mycket viktigt för att patienterna skall få en överblick om vad de skall genomgå samt information om vad de kan få hjälp med. Upprepad information och undervisning som ges av sjuksköterskan anses också viktigt eftersom många patienter oftast inte mäktar med att ta in all information som ges vid ett första samtal.

McIlfatrick et al. (2007) nämner också att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten under behandlingstiden upplevdes som viktig. Uppsatsförfattaren instämmer även här eftersom en väl fungerande kommunikation underlättar mycket för patienten under behandlingstiden samt att ett etablerat förtroende byggs upp.

Enligt Mitchell (2007) ansågs sjuksköterskans stöd till hela familjen vara en viktig del i omvårdnaden eftersom patientens välmående och därmed livskvalitet förbättrades om dennes familjemedlemmar mår väl. Uppsatsförfattaren instämmer med detta eftersom det är bra för patienten om familjen är delaktig i vad som händer och sker med denne under behandlingstiden. Familjen fungerar ju oftast som en trygghet runt patienten där det finns resurser att ta vara på för att göra situationen runt patienten så bra som möjlig. Även de närstående behöver stöd och information för att få en ökad förståelse för den sjuke i familjen samt för att orka själva eftersom även de har en utsatt position.

## **Metoddiskussion**

Studien har genomförts som en systematisk litteraturstudie. De 17 artiklar som omfattar resultatet har hämtats ur fulltextdatabaserna Blackwell Synergy samt ELIN@Dalarna. Vid sökningen användes sökord i kombination. Vid databassökningen uppnåddes en viss mättnad då en del artiklar återkom under sökningens gång. Angående den första frågeställningen om hur livskvaliteten upplevdes av patienter med cancersjukdom i samband med cytostatikabehandling fanns det många artiklar att tillgå. Tillgången på artiklar som besvarade den andra frågeställningen, hur sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder upplevdes av patienter med cancersjukdom i samband med cytostatikabehandling var dock betydligt mindre vilket fick till konsekvens att också innehållet i resultatdelen blev tunnare. Detta kunde möjligen ha

åtgärdats med sökning i fler databaser och att inte enbart ha begränsat sökningen till fulltextartiklar. I efterhand kan också konstateras att andra sökord med andra kombinationer kunnat resultera i fler artiklar. Använda sökord i studien anses dock vara relevanta och det som framkommit angående denna frågeställning anses vara det mest primära och viktiga angående sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder.

Artiklarna som använts i resultatet var både kvalitativa och kvantitativa och har granskats utifrån granskningsmallar modifierade från Forsberg och Wengström (2003) samt William, Stoltz och Bahtsevani (2006). Vid granskning av artiklarna ansågs dessa granskningsmallar bedöma artiklarnas vetenskapliga kvalitet på ett tillförlitligt sätt eftersom de var vedertagna och innefattade de punkter som bör ingå i en vetenskaplig artikel. Granskningen visade svagheter hos både de kvalitativa och kvantitativa artiklarna beträffande punkterna om exklusionskriterier samt etik. Att etiska resonemang saknas kan uppfattas som anmärkningsvärt då detta forskningsområde berör en mycket känslig och utsatt patientgrupp. Uppsatsförfattaren har granskat artiklarna noggrant efter att de valdes ut då titel och abstract till en början lästes igenom. Vid granskningen av de vetenskapliga artiklarna har uppsatsförfattaren förhållit sig objektiv och ärlig i förhållande till det material som har använts i studien.

## **Slutsats**

Att uppmärksamma hur patienten med cancer upplever sin livskvalitet under pågående cytostatikabehandling är viktigt i den mening att även om den mest eftersträvansvärda behandlingseffekten ur patientens synvinkel är förlängd överlevnad kan också cytostatikabehandlingen försvaras om den medför förbättring i form av en symtomfri samt progressionsfri period. Sjuksköterskan har vid cytostatikabehandling en betydelsefull roll angående att ge patienten information, undervisning samt stöd för att underlätta och hjälpa patienten under behandlingstiden.

## **Vidare forskning**

Förslag till vidare forskning kan vara att ytterligare fördjupa kunskaperna om sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid cytostatikabehandling. Detta eftersom det enligt min sökning fanns begränsat med forskning kring just detta område. Vidare forskning skulle kunna göras genom att intervjua patienter angående önskemål samt om vad i omvårdnaden det brister idag

angående sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. I en annan studie skulle en undersökning kunna genomföras angående sjuksköterskors upplevelser samt ideér om var förbättringar inom omvårdnaden av patienter behövs. Fördjupning kring enskilda biverkningars inverkan på livskvaliteten skulle också kunna utföras i studier var för sig. Detta eftersom de biverkningar som finns idag vid cytostatikabehandling som till exempel illamående och kräkningar är ett område som det har hänt mycket angående att förebygga dessa besvär för patienten. Dock finns det mycket kvar att tillföra innan vården blir optimal utifrån patientens synvinkel. Fördjupad forskning kring dessa områden skulle tillföra sjukvården information angående vad inom omvårdnaden som kan behöva förbättras. Sådan forskning skulle gagna patienten eftersom i takt med att ny forskning tas fram så skärps ofta kraven på vården liksom att nya insatser tillkommer.

## REFERENSER

Bang, S. M., Park, S. H., Kang, H. G., Jue, J. I., Cho, I. H., Yun, Y. H., Cho, E. K., Shin, D. B., & Lee, J. H. (2005). Changes of quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer. *Support Care Cancer* 13, 515-521.

Boman, K. (2000). Cytostatikabehandling vid gynekologisk cancer. I Sorbe, B., & Frankendal, B. (Red.). *Gynekologisk onkologi*. (pp 129-154). Lund: Studentlitteratur.

Brehmer-Andersson, E. (1996). *Allmän patologi – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Balducci, L., Horton, J., & Lyman, G. H. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 62(2), 141-150.

Carlsson, M. (Red.). (2007). *Psykosocial cancervård*. Lund: Studentlitteratur.

Daputo, J., Servente, L., Francolino, C., & Hahn, E. (2005). Determinants of Quality of Life in Patients with Cancer. *American Cancer Society* 103(5), 1072-1081.

De Jong, N., Candel, M. J. J. M., Schouten, H. C., Huijjer Abu-Saad, H., & Courtens, A. M. (2004). Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Annals of oncology* 15, 896-905.

Einhorn, S. (2000). Vad är cancer? I Svensk medicin nr 67. *Förebyggande och tidig diagnostik av cancer*. (pp 8-14). Stockholm: Gothia AB.

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Fortner, B. V., Schwartzberg, L., Tauer, K., Houts, A. C., Hackett, J., & Stolshek, B. S. (2005). Impact of chemotherapy-induced neutropenia on quality of life: a prospective pilot investigation. *Support Care Cancer* 13, 522-528.

Fortner, B. V., Tauer, K., Okon, T., Houts, A. C., & Schwartzberg, L. (2005). Experiencing neutropenia: Quality of life interviews with adult cancer patients. *BMC Nursing* 4(1), 4-10.

Hakamies-Blomqvist, L., Luoma, M-L., Sjöström, J., Pluzanska, A., Sjödin, M., Mouridsen, H., Östenstad, B., Mjaaland, L., Ottosson, S., Bergh, J., Malmström, P-O., & Blomqvist, C. (2001). Timing of quality of life (QoL) assessments as a source of error in oncological trials. *Journal of Advanced Nursing* 35(5), 709-716.

Hassan, M., & Ljungman, P. (2003). *Cytostatika*. Stockholm: Liber AB.

Karamouzis, M. V., Ioannidis, G., & Rigatos, G. (2007). Quality of life in metastatic breast cancer patients under chemotherapy or supportive care: a single-institution comparative study. *European Journal of Cancer Care* 16, 433-438.

Kim, A., Fall, P., & Wang, D. (2005). Palliative Care: Optimizing Quality of Life. *The Journal of the American Osteopathic Association* 105(5), 9-14.

Kleeberg, U., Tews, J-T., Ruprecht, T., Höing, M., Kuhlmann, A., & Runge, C. (2005). Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of PASQOC study. *Supportive Care in Cancer* 13(5), 303-310.

Kobayashi, K., Ishihara, Y., Nukariya, N., Niitani, H., & Furue, H. (1999). Effects of anti-emetic drug (tropisetron) on quality of life during chemotherapy: Use of a diary-type questionnaire and application of summary measures for assessment in a randomized, multicentre study. *Respirology* 4, 229-238.

Lindström, U Å. (1995). *Ensamhetskänslan sviker inte*. Rapport 6/1995. Vasa: Åbo Akademi. Institutionen för Vårdvetenskap.

McIlfatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H., & Parahoo, K. (2007). Patients' experiences of having chemotherapy in a day hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 59(3), 264-273.

Miller, M., Maguire, R., & Kearney, N. (2007). Patterns of fatigue during a course of chemotherapy: Results from a multi-centre study. *European Journal of Oncology Nursing* 11, 126-132.

Mitchell, T. (2007). The social and emotional toll of chemotherapy – patients' perspectives. *European Journal of Cancer Care* 16, 39-47.

Odelli, C., Burgess, D., Bateman, L., Hughes, A., Ackland, S., Gillies, J., & Collins, C. E. (2005). Nutrition Support Improves Patient Outcomes, Treatment Tolerance and Admission Characteristics in Oesophageal Cancer. *Clinical Oncology* 17, 639-645.

Osoba, D., Zee, B., Warr, D., Latreille, J., Kaizer, L., & Pater, J. (1997). Effect of postchemotherapy nausea and vomiting on health-related quality of life. *Support Care Cancer* 5, 307-313.

Passik, S. D., Kirsh, K. L., Rosenfeld, B., McDonald, M. V., & Theobald, D. E. (2001). The Changeable Nature of Patient' Fears Regarding Chemotherapy: Implications for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 21(2), 113-120.

Read, J. A., Choy, B., Beale, P., & Clarke, S. J. (2006). An evaluation of the prevalence of malnutrition in cancer patients attending the outpatient oncology clinic. *Asia-Pacific of Clinical Oncology* 2, 80-86.

Reitan, A-M. (2003). Onkologisk omvårdnad. I Reitan, A-M., & Schöllberg, T. (Red.). *Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd.* (pp. 15-25). Stockholm: Liber AB.

Reitan, A-M. (2003). Kris och coping. I Reitan, A-M., & Schöllberg, T. (Red.). *Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd.* (pp. 45-62). Stockholm: Liber AB.

Richardson, A., & Ream, E. K. (1997). Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *International Journal of Nursing Studies* 34(1), 35-43.

Roscoe, J. A., Bushunow, P., Morrow, G. R., Hickok, J. T., Kuebler, P. J., Jacobs, A., & Baneerje, T. K. (2004). Patient Expectation Is a Strong Predictor of Severe Nausea after Chemotherapy. *American Cancer Society* 101, 2701-2708.

Rusthoven, J. J., Osoba, D., Butts, C. A., Yelle, L., Findlay, H., & Grenville, A. (1998). The impact of postchemotherapy nausea and vomiting on quality of life after moderately emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer* 6, 389-395.

Rustöen, T. (2003). Livskvalitet. I Reitan, A-M., & Schöllberg, T. (Red.). *Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd.* (pp. 37-44). Stockholm: Liber AB.

Sahlberg Blom, E. (2001). *Autonomi. Beroende, livskvalitet. Livets sista månad för 56 cancerpatienter.* Doktorsavhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Faculty of Medicin.

SBU. (2001). *Cytostatikabehandling vid cancer. Volym 1.* Stockholm: SBU-rapport nr 155/1.

Socialstyrelsen. (2005a). *Folkhälsorapport.* Hämtad 2007-08-31, från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm>/hela.pdf.

Socialstyrelsen. (2005b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* Hämtad 2007-08-31, från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>/hela.pdf.

Sun, C. C., Bodurka, D. C., Weaver, C. B., Rasu, R., Wolf, J. K., Bevers, M. W., Smith, J. A., Wharton, J. T., & Rubenstein, E. B. (2005). Rankings and symptom assessments of side effects from chemotherapy: insights from experienced patients with ovarian cancer. *Support Care Cancer* 13, 219-227.

Thatcher, N., Hopwood, P., & Anderson, H. (1997). Improving Quality of Life in Patients with Non-small Cell Lung Cancer: Research Experience with Gemcitabine. *European Journal of Cancer* 33, 8-13.

Valand, E., & Fodstad, G. (2002). Generell onkologisk omvårdnad. I Almås, H. (Red.). *Klinisk omvårdnad 1.* (pp. 247-270). Stockholm: Liber AB.

Varre, P. (2003). Problem vid cytostatikabehandling. I Reitan, A-M., & Schöllberg, T. (Red.). *Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd.* (pp. 113-120). Stockholm: Liber AB.

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

Wu, H-S., & McSweeney, M. (2007). Cancer-related fatigue: “It’s so much more than just being tired”. *European Journal of Oncology Nursing* 11, 117-125.



## Bilaga 1

### Granskningsmall för kvalitetsbedömning – kvantitativa studier

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

**Maxpoäng:**

29

**Erhållen poäng:**

**Kvalitet:**

låg

medel

hög

## Bilaga 2

### Granskningsmall för kvalitetsbedömning – kvalitativa studier

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

**Maxpoäng:** 25

**Erhållen poäng:**

**Kvalitet:** låg                      medel                      hög