



EXAMENSARBETE

Våren 2014

Sektionen för Hälsa och samhälle

Examensarbete i oral hälsa OH8364

Självupplevd oral hälsa hos patienter som strålats mot huvud- och halscancer

Författare

Dorentina Smajli

Rebecka Andersson

Handledare

Sara Henricsson

Examinator

Pia Andersson

Självupplevd oral hälsa hos patienter som strålats mot huvud- och halscancer

Författare: Dorentina Smajli och Rebecka Andersson

Handledare: Sara Henricsson

Empirisk studie

Datum: 2014-05-27

Sammanfattning

Syftet med studien var att belysa hur patienter som strålats mot huvud- och halscancer upplevde sin orala hälsa efter avslutad strålbehandling. Studien är kvalitativ och består av intervjuer med åtta informanter. Intervjuerna har utförts med hjälp av en intervjuguide. Intervjuerna spelades in på bandspelare och varade i ca 10-20 minuter. Intervjumaterialet har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet av studien visade att majoriteten av informanterna upplevde sin orala hälsa negativt efter avslutad strålbehandling, dessa benämns i fysisk effekt och psykisk begränsning. Informanterna upplevde smärta samt muntorrhet efter avslutad strålbehandling. Resultatet visade även att nutritionsbegränsningar uppstod och att de var tvungna till att göra kostförändringar, även sväljning och tuggning försvårades. Informanterna upplevde generellt att det var jobbigt att äta i stora sammanhang då rädslan för att sätta maten i halsen förekom. Strålbehandlingen påverkade även informanterna psykiskt genom att de ofta var låga i humöret. Slutsatsen av studien visar att dessa patienter upplever smärta, har problem med att äta och påverkas psykiskt samt att de hämmas socialt.

Nyckelord: Huvud- och halscancer, oral hälsa, strålbehandling, tandhygienist

Self-perceived oral health in patients radiated against head and neck cancer

Author: Dorentina Smajli and Rebecka Andersson

Supervisor: Sara Henricsson

Empirical study

Date: 2014-05-27

Abstract

The purpose of this study was to illustrate how patients radiated against head and neck cancer, experience their oral health after ending radiotherapy. The study is qualitative and considers interviews with eight informants. The interviews were conducted using an interview guide. The interviews were recorded on a tape recorder and lasted about 10-20 minutes. The interview data were then analysed using a qualitative content analysis. The results of this study show that a majority of the respondents experience their oral health negatively after ending radiotherapy; these are mentioned in physical effect and mental limitation. The informants experienced pain and dry mouth after completing radiotherapy. The results also showed that they had trouble eating, including swallowing and chewing difficult and that they were forced to make dietary changes. The informants experienced generally it was hard to eat at large surroundings because the fear of choking occurred. Radiotherapy had also affected the informants psychologically, as they often was in low mood. The conclusion of the study shows that these patients experience pain, have trouble eating and that they are affected psychologically as well as inhibited socially.

Keywords: Dental hygienist, Head and neck cancer, Oral health, Radiation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ORDLISTA	1
1. INTRODUKTION	2
1.1 Cancer inom huvud- och halsregionen	2
1.2 Diagnos och behandling	2
1.3 Biverkningar	3
1.4 Patientperspektiv	3
1.5 Oral hälsa	4
1.6 Självpupplevd oral hälsa	4
2. SYFTE	6
3. MATERIAL OCH METOD	6
3.1 Genomförande	6
3.2 Informanter	6
3.3 Datainsamling	7
3.4 Analysprocess	7
3.5 Etiska aspekter	9
4. RESULTAT	10
4.1 Fysisk effekt	10
4.1.1 <i>Obehag</i>	10
4.1.2 <i>Nutritionsbegränsingar</i>	12
4.2 Psykisk oförmåga	12
4.2.1 <i>Sociala begränsingar</i>	12
4.2.2 <i>Psykologiska aspekter</i>	13
5. DISKUSSION	13
5.1 Metoddiskussion	13
5.1.1 <i>Datainsamling och analysprocessen</i>	14
5.1.2 <i>Urval</i>	14
5.2 Resultatdiskussion	15
5.2.1 <i>Fysisk effekt</i>	15
5.2.2 <i>Psykisk oförmåga</i>	16
6. KONKLUSION	16
7. REFERENSER	17

BILAGOR

Informationsblad	bilaga 1
Samtycke till deltagande	bilaga 2
Intervjuguide	bilaga 3

ORDLISTA

Malign – medicinsk term för elakartad tumör (3).

Skivepitelcancer – hudtumör som uppstår i hudens eller slemhinnornas yttersta lager, skivepitelet (5).

Benign – medicinsk term som främst används för att beskriva en tumör som "godartad" (3).

Intern – inre (3).

Extern – yttre (3).

Reversibel - omvändbar, som kan gå tillbaka, t.ex. reversibla sjukliga förändringar, sjukliga förändringar som kan gå tillbaka, läka ut, antingen av sig själva (spontant) eller efter behandling (3).

Irreversibel – inte omvändbar, obotlig (om en process som försiggår endast i en riktning) (3).

1. INTRODUKTION

1.1 Cancer inom huvud- och halsregionen.

Cancer är ett samlingsnamn på en mängd olika tumörsjukdomar. Tumörerna indelas i godartade och elakartade tumörer. De celler som bygger upp hela vår kropp fungerar normalt under väl kontrollerade former, medan de i en cancertumör, växer okontrollerat och har förmågan att förstöra omgivande vävnad (1).

Cancer i huvud- och halsregionen kan lokalisera sig i bland annat läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa/bihålor, spottkörtlar och i lymfkörtlarna (2). Huvud- och halscancer är den tionde vanligaste sjukdomen i Sverige och står för tre och en halv procent av alla maligna (3) tumörer. Ungefär 1400 individer får varje år huvud- och halstumörer och den vanligaste formen är skivepitelcancer (4,5). Enligt Socialstyrelsen registrerades det år 2011, 585 nya fall av cancer i munhålan. Av dessa hade 300 personer cancer i svalget och de flesta var män över 60 år. Läppcancer är något vanligare hos män än hos kvinnor och det upptäcks i genomsnitt 150 nya fall varje år (6).

I industrialiserade länder är huvud- och halscancer den sjätte vanligaste cancerformen och i utvecklingsländer den näst vanligaste (4). Rosenqvist (7) visar i sin studie att en hög konsumtion av tobak i samband med alkohol ger en ökad risk för uppkomst av huvud- och halscancer (7). Forskning tyder också på att patienter som röker får cancer på specifika områden i munhålan. Däremot tycks tungcancer angripa både icke-rökare och rökare (8).

1.2 Diagnos och behandling

Vid diagnostisering av tumörsjukdomar görs ett vävnadsprov, därefter analyseras proverna i mikroskop för att diagnostisera om tumören är malign eller benign (3). För att få en uppfattning om tumörens storlek används det så kallade TNM-systemet. T står för tumörens storlek, N står för spridning till lymfkörtlar och M står för fjärrspridning till lungorna (8). Det är svårt att själv upptäcka en förändring i munhålan, tumören visar sig oftast som ett svårläkt sår (6).

Val av behandling beror på vad det är för tumörtyp och var den är belägen. De vanligaste behandlingsformerna inom cancersjukdomar är strålbehandling, kirurgi eller cytostatika (9).

Cytostatika är en grupp läkemedel som används för att döda cancerceller. Kirurgiskt ingrepp används för att avlägsna den synliga tumören samt ta bort omgivande vävnad (10). Dessa behandlingsmetoder kan användas var och en för sig eller i kombination (11).

Strålbehandlingen kan ske på två sätt, internt och externt (3). Den vanligaste formen är extern strålbehandling. Behandlingen sker då joniserande strålning träffar patientens kropp från ett visst avstånd. Extern strålbehandling används var som helst på kroppen och är en lokal behandling där strålningen utförs utanför kroppen mot stora områden där risk för spridning finns. Intern strålbehandling, också kallad brachyterapi, är en form av strålbehandling som innebär att strålkällan placeras inne i kroppen, i eller i närheten av tumören. Stråldosen vid intern strålbehandling är högre än vid extern strålbehandling, dessa två former av strålbehandling kan också kombineras (9,12). Strålbehandlingen delas in i två grupper, kurativ intention som syftar på att bota personen och palliativ intention som syftar på att lindra samt förebygga symtom. Behandlingsperioden kan sträcka sig över en lång tid, men varierar mycket beroende på var cancertumören är belägen samt på effekten av strålbehandlingen (9,12).

1.3 Biverkningar vid strålbehandling mot huvud- och halscancer

Biverkningar uppstår genom att frisk vävnad utsätts för strålning och vävnaden har då svårare att reparera sig och följden blir att den blir skadad permanent (9). Vid strålbehandling delas biverkningarna in två former; akuta och sena biverkningar. De akuta biverkningarna är i huvudsak reversibla (3) och uppstår under eller omedelbart efter strålbehandling. De sena biverkningarna är huvudsakligen irreversibla (3) och kan uppträda månader till år efter att behandlingen har avslutats. De vanligaste biverkningarna som uppstår har påverkan på slemhinnan, huden, benet, spottkörtlarna och sköldkörteln (13).

1.4 Patientperspektiv

Ett cancerbesked kan innebära en förändrad livssituation och känslor som rädsla och osäkerhet kan väckas som gör att patienter kan hamna i en kris (14). Patienter med huvud- och halscancer känner sig oftast ensamma med sin sjukdom, detta medför en ständig kamp mellan hopp och förtvivlan. En studie gjord av Björklund et al. (15) visar att patienter med cancer känner sig beroende av anhöriga och av vårdhjälp för att klara det dagliga livet (15). Personer som har strålats i huvud- och halsregionen kan påverkas fysiskt genom att funktioner som att

äta och tala försämrats (16). Huvud- och halscancer kan även ge en psykisk påverkan emotionellt, på grund av att utseendet kan förändras (15). I detta fall är det vanligt att patienter med cancer kan uppleva osäkerhet och skam vid sociala möten med andra människor (17). En vanlig känsla dessa patienter kan få är social ångest för att de är rädda för att få frågor och bli utstirrade. Detta kan medföra ett hämmat socialt beteende hos dessa patienter (18).

1.5 Oral hälsa

Vid en konsensuskonferens 2003 utarbetade Hugoson et al. (19) en definition för oral hälsa och beskriver oral hälsa som ”en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom” (19, s 140).

Världshälsoorganisationen WHO (2012) har också givit en definition av oral hälsa som innebär att individen ska vara fri från orala sjukdomar som kan hindra individen från att bita, tugga, tala och le (20). Andra definitioner av oral hälsa beskriver att munnen är en del av hela människan (21), och att en god oral hälsa förstärker självförtroendet och påverkar välbefinnandet positivt (22). Inom tandvården används traditionella kliniska mått för att mäta den orala hälsan, till exempel registrering av karies och fickdjup, vilka ger en bild på statuset i munnen. Detta säger inget om patientens upplevelse av den orala hälsan. Den säger inte heller något om hur den orala hälsan påverkar patientens funktionella och sociala välbefinnande (23,24).

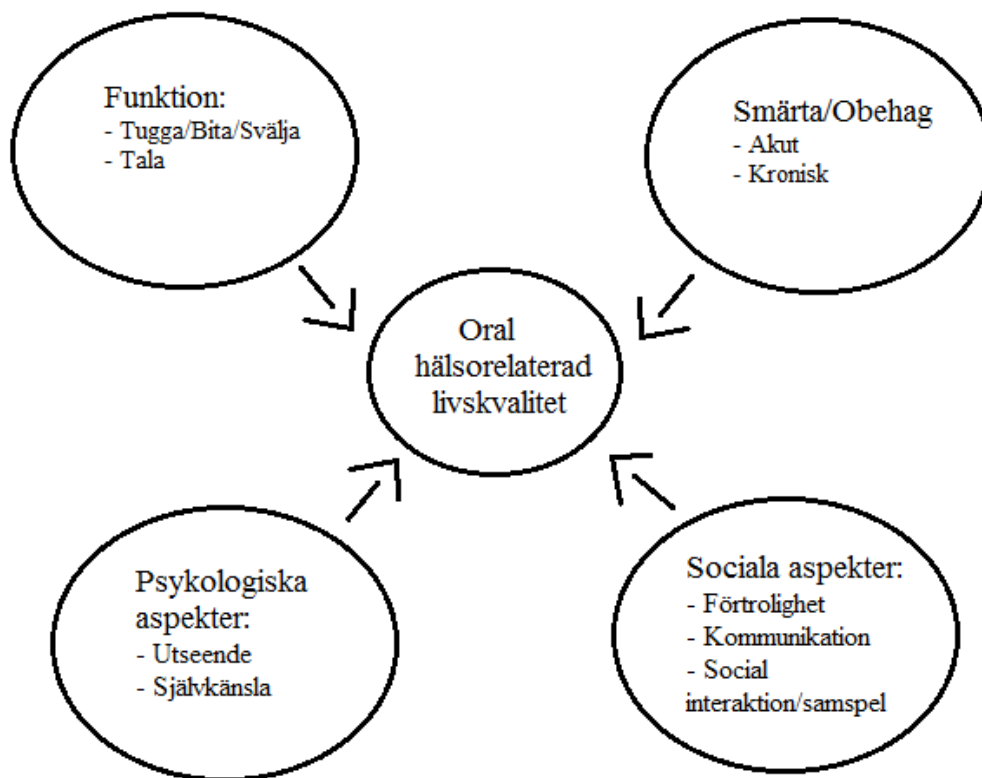
1.6 Självupplevd oral hälsa

Hälsa respektive ohälsa är en personrelaterad upplevelse inom holistisk hälsoteori (25). Oral hälsa har förändrats från den biomedicinska inriktningen till att även omfatta den humanistiska inriktningen och därmed har begreppet oral hälsorelaterad livskvalitet utvecklats (Figur 1) (26). Sjukdom är en process som är knuten till ett organ som kan orsaka ohälsa hos en person. Munhålan kan ha sjukdom eller vara frisk men kan inte ha hälsa eller ohälsa, detta kan endast upplevas av den person till vilken munnen tillhör (25).

Hälsa, välbefinnande och livskvalitet är subjektivt och kan upplevas olika beroende på den individuella upplevelsen och kan endast bedömas av individen själv (27).

Munhälsorelaterad livskvalitet har beskrivits i studier som en individs upplevelse av hur

förhållande i munhåla och ansikte inverkar på välbefinnande och livskvalitet (28). Sjukliga tillstånd i munhålan, exempelvis många kariesangrepp, kan göra att individen utvecklar symtom som smärta, vilket medför en negativ upplevelse av munhälsan (29). Faktorer som påverkar den orala hälsans livskvalitet är: funktionella faktorer, psykologiska faktorer, sociala faktorer och upplevelse av smärta och obehag (28). "Oral Health-Related Quality of Life" (OHRQOL) är den internationella benämningen som används idag för att se samband mellan oralt status och upplevelse av hälsa, välbefinnande och livskvalitet (27).



Figur 1: Oral hälsorelaterad livskvalitet (Locker, 2003).

Patienter som strålbehandlats mot huvud- och halscancer kan få problem med den orala hälsan under behandling men även efter avslutad behandling (30). Dessa patienter kommer tandvården i kontakt med, därför är det viktigt att veta hur patienter strålade i huvud- och halsregionen upplever sin orala hälsa efter avslutad strålbehandling.

2. SYFTE

Syftet med studien var att belysa hur patienter strålade i huvud- och halsregionen upplevde sin orala hälsa efter avslutad strålbehandling.

3. MATERIAL OCH METOD

Metoden är använt är en kvalitativ innehållsanalys vilket innebär en förutsättningslös analys av texter som är baserad på människors berättelser om sina upplevelser (31) och bestod av intervjuer med åtta deltagare. Urvalet för studien utfördes enligt ett bekvämlighetsurval, vilket innebar att personer som har funnits tillgängliga valdes ut (32).

3.1 Genomförande

Ordförande för mun- och halscancerförbundet i södra Sverige kontaktades och informerades om studiens syfte. En förfrågan ställdes om möjlighet fanns att ta del av medlemslistan. Ordförande i förbundet var inte villig att lämna ut medlemslistan men åtog sig att förmedla kontakten till medlemmarna. Ordförande informerade alla medlemmarna per telefon om studiens syfte, att intervjun var frivillig och att den kunde avbrytas när som helst under dess gång. Därefter skickades ett brev med information om studien till de deltagare som muntligt tackat ja till att medverka i studien (bilaga 1). Författarna till studien fick därefter en namnlista på de åtta informanter som tackat ja till att medverka i studien. I samråd med ordförande för förbundet bestämdes plats och datum för när intervjuerna skulle genomföras.

3.2 Informanter

De personer som har intervjuats och som ingått i studien kommer härnäst att benämnas informanter. Informanterna bestod av fyra kvinnor och fyra män och de befann sig i olika

tidsperioder efter sin strålbehandling. Fyra av dem var strålade i halsregionen och resterande fyra var strålade i huvudregionen.

En informant exkluderades eftersom intervjun var otydlig, på grund av att informanten hade problem med att uttrycka sig verbalt. Studien fick således ett bortfall. Sammanlagt inkluderades sju informanter i studien.

3.3 Datainsamling

Samtliga intervjuer utfördes i ett mötesrum på patienthotellet på universitetssjukhuset i Lund under en dag. Intervjuerna varade i 10-20 minuter. Under intervjun närvarade, förutom informanten, båda författarna till studien. I samtliga intervjuer har samma frågor ställts på samma sätt till informanterna, det vill säga att båda författarna har ställt frågor vid varje intervjutillfälle. Följdfrågor ställdes av båda författarna under intervjuns gång och baserades på informanternas svar, vilket innebär att följdfrågorna varierar. Före intervjuns start informerades informanten ytterligare en gång, om studiens syfte, om att deltagandet var frivilligt, att intervjun kunde avbrytas när som helst samt att personen inte kan identifieras i studien. Informanterna fick även skriva under ett samtyckesformulär (bilaga 2). Intervjun utfördes med användning av en intervjuguide (bilaga 3) där öppna frågor som formulerats i förväg ställdes på samma sätt till samtliga informanter. Intervjuerna spelades in på en bandspelare och inspelningarna märktes med datum samt en personlig kod. Intervjuerna har därefter transkriberats ordagrant av författarna samma vecka som intervjuerna genomfördes. Före studien påbörjades gjordes en pilotintervju på en informant för att se så att alla frågor uppfattades på det sätt som avsågs. Intervjuguiden har därefter justerats efter provintervjun och intervjun med den informanten har därför inte inkluderats i studien.

3.4 Analysprocess

För att uppnå en helhetsförståelse lyssnades all intervjudata igenom flera gånger av båda författarna. Intervjuerna transkriberades därefter ordagrant, hälften av intervjuerna av den ena författaren och hälften av den andra. Därefter lyssnade den ena författaren på det inspelade materialet samtidigt som hon läste igenom vad den andra författaren skrivit och vice versa, för att ingen information skulle gå förlorad. Analysprocessen bearbetades gemensamt av båda författarna. Textinnehållet bearbetades och utifrån textmaterialet skapades två domäner, fysisk effekt och psykisk begränsning, vilket är delar av texten som utgör ett specifikt område och

ger en tydligare bild av innehållet. Studien inriktades på självupplevd oral hälsa och därför bestämdes enbart de domäner som belyste ämnesområdet (33). För att få ord, meningar och stycken av en text att höra samman utifrån sitt innehåll, bearbetades texten därefter utifrån meningsenheter. Därefter kondenserades texten vilket innebär att texten bearbetades och gjordes kortare och mer lätthanterlig, men det centrala i texten bevarades och inget betydelsefullt innehåll försvann (33). Den kondenserade texten abstraherades därefter och försågs med koder för att lyfta innehållet mot en högre logisk nivå. Koderna användes som ett redskap för att beskriva meningsinnehållet och därmed kunde texten reflekteras utifrån ett nytt sätt. Exempelvis ledde citatet *”Det gör ju litegranna det här att man blir låg i humöret ibland..”* till underkategorin psykologiska aspekter och ingick i en domän som benämndes psykisk begräsning. Sammanfattningsvis utformades ett tema utifrån textens helhet, denna process pågick under hela analysarbetet (Figur 2) (33).

Resultatet beskrevs utifrån de två domänerna ”fysisk effekt” och ”psykisk begräsning”. Dessa domäner förenas i studiens tema ”strålbehandlingens långvariga effekter” och återspeglas i intervjuerna. Temat har valts ut efter bearbetningen av intervjumaterialet och präglar hela arbetet. I texten finns manifest innehåll och latent budskap. Det manifesta innehållet handlar om det textnära uppenbara innehållet och det latent handlar om underliggande budskap, det vill säga det som sägs mellan raderna och uttrycks tolkande (33). Exempelvis, en informant berättar om sin upplevelse av torra slemhinnor. Författarna använde sig av en latent tolkning eftersom att det framkommer att informanten beskriver muntorrhet men inte säger det med ord.

”Det är ju det, sist jag var hos tandläkaren och hon undersökte. Jag har aldrig haft så ont i munnen alltså, när hon drog här (informanten visar på kinden) det gjorde så ont så ögonen rann alltså, så det är så ont där. ” (Kod 102)

Tema	Bearbetning av intervjumaterialet, återspeglas i intervjuerna (33).			
Domäner	Reflektioner genom bearbetat material (33).	Delar av texten, tydligare bild av innehållet (33).		
Underkategorier	Ord, meningar och stycken av en text hör samman utifrån sitt innehåll (33).	Texten kondenserades och det centrala i texten bevarades (33).		
Koder	Redskap för att beskriva meningsinnehållet (33).			

Figur 2: *Analysprocessens arbetsgång.*

3.5 Etiska aspekter

Studien har genomförts med beaktande av de fyra forskningsetiska principerna, samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (34). Informanterna fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och att uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt. De fick samtidigt underteckna ett formulär (bilaga 2) och gav på så sätt samtycke till deltagande i studien. Informanterna upplystes om att författarna som intervjuade har tystnadsplikt samt att deltagandet var frivilligt och att intervjuerna kunde avbrytas om de inte längre ville medverka. Det insamlade intervjumaterialet har endast använts till studien och kan inte kopplas till någon person. Efter att studien är godkänd och examinerad kommer allt material att förstöras. Hänsyn har också tagits till inom- och utomvetenskaplig forskningsetik, vilket innebär att författarna har belyst frågor som gäller forskningens tillförlitlighet för att säkra forskningsresultat samt hur människor utanför studien kan påverkas av forskningsresultatet (35).

4. RESULTAT

Temat *strålbehandlingens långvariga effekter* beskriver det manifesta och latent innehåll i intervjuerna för att beskriva skillnader och likheter i textinnehållet. Hur informanterna upplever sin orala hälsa efter avslutad strålbehandling beskrivs under domänerna och rubrikerna *fysisk effekt* samt *psykisk begränsning* som i sin tur kategoriseras till underkategorier (Figur 3).

Tema	Strålbehandlingens långvariga effekter			
Domäner	Fysisk effekt	Psykisk begränsning		
Underkategorier	Obehag	Nutritionsbegränsningar	Sociala begränsningar	Psykologiska aspekter
Koder	Smärta Infektioner Svamp Sår Muntorrhet	Äta Svälja Tugga	Inte äta i stora sammanhang Folk tittar Folk undviker	Svårt psykiskt Låg i humör Talet förändras

Figur 3: Latent och manifest innehåll i texten för att tydliggöra tema, kategorier, underkategorier och koder.

4.1 Fysisk effekt

Denna kategori redogör för de fysiska effekterna av strålbehandlingen. Vidare kategoriseras den till två underkategorier, obehag och nutritionsbegränsningar.

4.1.1 Obehag

Några informanter beskriver att de inte kände till hur pass svåra biverkningar strålbehandlingen skulle orsaka. De uppgav i intervjuerna att smärta var vanligt förekommande efter avslutad strålbehandling. Det framkommer tydligt i intervjuerna att informanterna kopplar ihop smärta med muntorrhet. Många nämner att slemhinnorna är sköra och torra samt att ständigt intag av vatten är nödvändigt. För att motverka muntorrhet berättar informanterna att de bland annat använder sig av saliversättningsmedel som sprayer och olja.

”Jag har ju inte sådär jättemycket saliv, eller emellanåt producerar det jättemycket och emellanåt ingenting alls.” (Kod 107).

”Men sen efter, blev jag muntorrhet har börjat, så det blev svårt att äta, jag var tvungen att dricka hela tiden. Skulle jag ha en flaska med vatten med mig så skulle man dricka hela tiden och så, så då använde jag tuggummi men det hjälpte inte. Vad heter.. efter några minuter man blev också torr i munnen så... ” (Kod 106)

En informant nämner att munhälsan försämrats på grund av att karies uppstått för att strålbehandlingen orsakat muntorrhet.

”Jag hade inte dom besvären tidigare, nu är det ju håll nästan varje gång jag går till tandhygienisten eller tandläkaren. För jag har nästan ingen saliv kvar efter strålningen så att absolut, det är ett stort problem. ” (kod 108).

Det framgick även att sår uppstod i munhålan på grund av strålningseffekterna, vilket medförde blåsor och en brännande känsla, som att huden sprack.

”Det som jag, allra första jag kände mot slutet där är ju just det här att jag faktiskt var sönderbränd i munnen.” (Kod 107)

I intervjuerna framkommer det att smärta kopplas till infektioner i munhålan som svamp och tandköttsinflammation. En informant upplever att smärta uppstår vid daglig rengöring av munhålan och känner att svampen orsakar sveda och kraftig smärta som därefter medför dagligt intag av smärtlindring i form av tabletter.

”För jag har ständiga smärtor. Sen blir det ju värre när jag får svamp eller när de här blåsorna kommer då är det ju (paus) man lär sig hantera en viss smärta och alltid ha lite smärta men när det blir de här stora dipparna så känns det nästan som att man går tillbaka när man va inne i strålningen, just när svampen kommer så här innan man börjar behandlingen så jag har ständig smärta även om jag hanterar den i min vardag, det gör jag. ” (Kod 108)

4.1.2 Nutritionsbegränsningar

Strålbehandling mot huvud- och halscancer har orsakat nutritionsbegränsningar för en del av informanterna. Eftersom en del var tvungna att operera bort delar av tungan eller käkbenet, medförde detta att sväljning och tuggning försvårades. De var även tvungna att göra kostförändringar periodvis. Motoriken begränsades och medförde att en del av informanterna fått avstå från en del produkter och föda för att undvika att sätta i halsen. Därför är flytande föda vanligt förekommande hos patienter som strålats i huvud- och halsregionen. Några av informanterna berättar att de fått näring via sond och en informant säger sig undvika stark mat. Det framgår även i intervjuerna att en del informanter upplever känselbortfall som varmt och kallt samt smakförändringar.

”Man kan ha svårt för att äta, dricka varmt eller kallt och sånt, man önska ju att det skulle komma tillbaka men tydligen får man leva med det. För det är, man värdesätter inte det förrän detta här har hänt, hur viktigt det är för en, det är ju psykiskt också...” (Kod 102).

”Men ett tag kunde jag inte äta någonting som hade med mjölk och sånt för jag tyckte det smakade annorlunda, men det har blivit mycket bättre nu.” (Kod 107).

4.2 Psykisk begränsning

Denna kategori beskriver hur det sociala och psykiska välbefinnandet påverkas av strålning mot huvud- och halscancer. Underkategorierna är sociala begränsningar och psykologiska aspekter.

4.2.1 Sociala begränsningar

Generellt talar samtliga informanter om att det är jobbigt att äta i stora sammanhang för att de känner sig utstuderade. Rädslan för att sätta i halsen samt att de gör olika grimaser när de äter gör att dessa personer bland annat undviker restaurangbesök. En del informanter berättar att det sociala umgänget hämmas på grund av att folk undviker den för att de inte vet hur de ska bemöta en person som har drabbats av cancer.

”Man blir lite grann så, det är likadant det här vardagliga att bara gå på restaurang är ju ingen hit alltså, för att för det första så kan man inte äta vad som helst, och sen är det precis som att man smackar och liksom håller på och jonglerar för att få maten rätt och så har man

liksom inte så många tänder att tugga med och det är en egen procedur det också ibland sätter man i halsen. Också tycker man att alla tittar så att det är väl ingen höjdare, det är inte så att man har blivit mer social.” (Kod 107)

”...och det här med mat, det är jättesvårt (paus) folk har ju inte förståelse när man sitter och äter för det är väldigt svårt att svälja ibland och jag inte äta någonting utan att ha vatten till tillexempel. Så det är ett stort problem, jag undviker att äta i stora sammanhang.” (Kod 108)

4.2.2 Psykologiska aspekter

Några informanter berättar att känslan av att sjukdomen alltid speglar sig i vardagen är psykiskt och emotionellt påfrestande. En gemensam uppfattning av informanterna var att huvud- och halscancer innebar en lång och osäker resa, något de inte förutsåg i förväg.

”Men jag har ju fått kämpa ganska mycket med det här och det har tagit hårt psykiskt men jag har fått kämpat mig tillbaka. Tagit hjälp av psykolog och såhär, men jag ger mig liksom inte. Folk får försöka att acceptera att man är lite annorlunda.” (Kod 108)

En del av informanterna talar om att sjukdomen påverkat psykiskt genom att de ofta är låga i humöret för att det uppstår svårigheter i kommunikationen med andra.

”Ja alltså talet gör ju litegrann, man tycker det är lite jobbigt ibland. Dom flesta säger inte så mycket men ibland hör man det här va va va? Och sen är det också lite olika, vissa dagar pratar man mycket mycket bättre än andra dagar, då är det så sluddrigt så man knappt kan... och det är av att man pratar mycket man får liksom kramp i tungan. I och med att jag bara har halva va så, får den arbeta desto mer.” (Kod 107)

5. DISKUSSION

5.1 Metoddiskussion

För att få en djupare förståelse för hur patienter som har strålats mot huvud- och halscancer upplever sin orala hälsa, valde författarna att utföra en kvalitativ studie med en intervjuguide som stöd. För att på ett kritiskt sätt granska studiens innehåll och genomförande har begreppen tillämplighet, överensstämmelse, trovärdighet och noggrannhet eftersträvats under

arbetets gång (31).

5.1.1 Datainsamling och analysprocess

Datainsamling, analys och bearbetning har utförts gemensamt av båda författarna, därmed bör trovärdigheten bedömas som god. Istället för att dela upp intervjuerna valde författarna att genomföra intervjuerna gemensamt och ställde varannan fråga vid varje intervjutillfälle, för att metoden skulle utföras på ett likartat sätt. Samtliga frågor har ställts på samma sätt till varje informant för att öka trovärdigheten och för att informanterna inte ska tolka frågorna olika. I resultatet refererades okorrigerade intervjuer för att stärka noggrannheten och överensstämmelsen. Detta för att åskådliggöra vad som menades samt för att visa att författarna inte omtolkat resultatet på ett annat sätt än vad informanterna menade. Författarna till studien ställde ingen fråga om informanternas ålder i intervjuguiden, vilket hade varit bra om det hade utförts, då ett medelvärde samt ett spridningsmått på informanternas ålder hade funnits.

Intervjuerna utfördes i ett mötesrum enskilt för att ge en trygg, neutral miljö för informanterna under intervjuernas gång. Samtliga intervjuer utfördes under en dag och tiden för intervjuerna varade i 10-20 minuter vilket kan ifrågasätta hur djupgående intervjuerna varit. Det fanns mer tid avsatt för intervjuerna, vilket gjorde att intervjusituationen upplevdes lugn och informanterna kunde ta den tid de behövde för att svara. Författarna har sedan tidigare inte någon större erfarenhet av intervjumetoden, vilket kan ha inneburit att följdfrågor som borde ställts missats, vilket i sin tur kan ha påverkat intervjuerna. Däremot behöver inte det eller att tiden på intervjuerna inte blev längre, betyda att kvalitén på intervjuerna var sämre.

Intervjuerna spelades in på en bandspelare vilket kan ha påverkat informanternas svar. Författarna informerade informanterna innan intervjun startade, om att intervjun skulle spelas in och att de när som helst kunde avbryta utan skäl. Att författarna använde sig av ljudinspelning gav fördelen att de inte behövde anteckna svaren och det gjorde i sin tur att författarna kunde koncentrera sig på vad informanterna sade (36). Detta kan dock vara hämmande för vissa personer, då informanterna kan känna en obekvämlig känsla att bli inspelad på band och detta måste således respekteras (37).

5.1.2 Urval

Kriterierna för att få en så likartad grupp som möjligt var att informanterna skulle ha strålats mot huvud- och halscancer samt att de skulle ha avslutat sin strålbehandling. Informanterna befann sig i olika tidsperioder efter avslutad strålbehandling, vilket kan ha påverkat deras svar och i sin tur studiens resultat. Informanter som nyligen avslutat sin strålbehandling kan uppleva fler eller andra komplikationer i jämförelse med de som har en längre tidsperiod sedan avslutad strålbehandling. Komplikationer efter strålbehandling kan försvinna eller minska över tid. Även allmänsjukdomar kan ha påverkat informanterna vilket i sin tur kan förväxlas med komplikationer från strålbehandlingen.

Urvalet för studien utfördes enligt ett bekvämlighetsurval vilket innebar att patienter som fanns tillgängliga valdes ut. En informant exkluderades ur studien eftersom intervjun var otydlig, på grund av att informanten hade problem med att uttrycka sig verbalt. Detta har troligtvis inte påverkat studien eftersom författarna upplevde en mättnad i intervjumaterialet efter sju intervjuer.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att patienter som har strålats mot huvud- och halscancer upplever att den orala hälsan påverkas, vilket också överensstämmer med resultatet i en studie av Larsson et. al. (16) där resultatet visar att strålbehandlingen orsakat att patienterna fått ätsvårigheter samt problem med att tugga och svälja. Informanterna i föreliggande studie ansåg att strålbehandlingen har medfört både fysiska och psykiska effekter på det dagliga livet i form av smärta, svårigheter med att äta samt att de kan uppleva sociala begränsningar.

5.2.1 Fysisk effekt

Informanterna i studien beskriver sina besvär i munhålan som obehag i form av smärta, infektioner, svamp, sår och muntorrhet. Enligt flera av informanterna var symtomen i munnen periodvis mycket smärtsamma. Strålningen medför torra slemhinnor och kan orsaka smärta och obehag. Larsson et. al (16) beskriver att muntorrhet hos patienter som strålats mot huvud- och halscancer upplevdes som väldigt obehagligt eftersom salivens mängd och konsistens förändrades. Eftersom muntorrhet är en biverkning av strålbehandling anser författarna till denna studie att dessa patienter är riskpatienter, för att den orala mikrofloran förändras och kariesrisken ökar. Det är därför viktigt med extra fluoroterapi hos dessa patienter i

förebyggande syfte. Muntorrhet kan även leda till att slemhinnorna blir sköra och detta kan medföra sår och smärta, därför är det viktigt att uppmärksamma dessa patienter inom tandvården för att ge stöd.

Föreliggande studie visar att informanterna upplevde svårigheter med att svälja och tugga samt att känselbortfall och smakförändringar uppstod. Smakförändringarna kan uppstå av cancerbehandlingen, av tumören eller av emotionella och sociala faktorer (38). Larsson et. al. (16) beskriver också att patienter som strålats mot huvud- och halscancer kan uppleva smärta och svårigheter med att dricka, tugga och svälja maten. Föreliggande studie visar variation av informanternas upplevelse gällande kostintag och det beskrivs olika i intervjuerna. I likhet med föreliggande studie visar även resultatet i Ottoson et al. (39) att kostförändringar är vanligt förekommande hos patienter som blivit strålade. I förhållande till tidigare studie visar det att patienter som har strålats mot huvud- och halscancer upplever att maten ger en annan smak samt att de upplever begränsningar när det gäller födointag. Detta kan medföra att dessa patienter kan bli undernärda på grund av svårigheter med matintag och smakförändringar (40), vilket i sin tur kan påverka deras livskvalitet.

5.2.2 Psykiska begränsningar

Resultatet visade också att informanterna påverkades av sociala och psykologiska faktorer. Informanterna berättade om att de kände obehag och osäkerhet av att äta offentligt som i sin tur kunde leda till känslor av social isolering. Alla människor har ett behov av att känna samhörighet och mänsklig kontakt. Att äta är en social aktivitet och är en del av ens sociala tillvaro, därför blir det sociala livet hämmat för dessa individer (39,41). En informant i studien berättade att känslan av att folk tittade på en för att utseendet var förändrat samt för att de har svårigheter med att äta, gör att de kände sig generade bland andra människor. Detta kan i sin tur leda till att patienter som har strålats mot huvud- och halscancer kan uppleva psykiska begränsningar och undvika sociala aktiviteter.

Några informanter beskrev att det förekom en känsla av lågt humör. De beskrev också känslan av en hård psykisk påfrestning och att talet förändrades. Lenbor et al. (42) visar att patienter med cancer kan få psykiska problem som ångest, depression, osäkerhet och en känsla av hopplöshet. Detta medför en försämrad självkänsla för dessa individer, vilket påverkar livskvaliteten(42). Något att ta hänsyn till är att dessa patienter kan känna rädsla för att drabbas

av recidiv. Detta beskrivs vidare i en studie av Ottoson et al. (39) där informanterna uttryckte osäkerhet när de tänkte på framtiden. Samtidigt är det en ständig kamp för dessa patienter då det inte enbart handlar om att överleva cancersjukdomen utan att även försöka hitta en balans i vardagen igen.

Genom informanternas egna berättelser kan tandhygienisten få ökad kunskap och förståelse för hur denna patientgrupp upplever sin orala hälsa efter avslutad strålbehandling. Förslag på vidare forskning inom området kan vara att studera en större urvalsgrupp samt utföra studien under pågående strålbehandling istället för efter avslutad behandling. Detta för att studera om det finns skillnader i den självupplevda orala hälsan under pågående strålbehandling.

6. KONKLUSION

Resultatet av studien visar att majoriteten av informanterna upplever att den orala hälsan har påverkats negativt efter strålbehandling. Studien tyder på att dessa patienter upplever smärta, har problem med att äta och att de påverkas psykiskt samt att de hämmas socialt.

7. REFERENSER

1. Einhorn S, Sylwan L. Cancerfonden. Vad är cancer? (Elektronisk). (2013). Tillgänglig: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>. (Läst 2013-10-14).
2. Regionalt vårdprogram/riktlinjer 2011. Huvud-halscancer. (Elektronisk). (2011). Tillgänglig: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3267?a=false&guest=true>. (Läst 2013-10-16).
3. Nationalencyklopedin. (Elektronisk). (2013). Tillgänglig: www.ne.se/. (Läst 2013-12-12).
4. Sankaranarayanan R, Masuyer E, Swaminathan R, Ferlay J & Whelan S. Head and neck cancer: a global perspective on epidemiology and prognosis. *Anticancer Research*. 1998; 18: 4779-4786.
5. Nilbert M. *Klinisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur AB, 2013, s 277.
6. Socialstyrelsen. Cancer i siffror 2013. Populärvetenskapliga fakta om Cancer (Elektronisk). (2013). Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/. (Läst 2013-10-02).
7. Rosenqvist K. Risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Swedish Dental Journal Supplement*. 2005; 179:1-66.
8. Fagerberg-Mohlin B, Emilson CG & Kahnberg KE. Orala problem vid tumörbehandling inom huvud-halsregionen. *Tandläkartidningen*. 2000; 92:13.
9. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Strålbehandling vid cancer: en systematisk litteraturöversikt Vol. 1. Kapitel 3. SBU-rapport, 162:12. Stockholm: 2003, s 251.
10. Johnson J & Klein L. *I can cope*. Minnesota, USA: DCI Publishing Minneapolis, 1988, s 54-55.
11. Argiris A, Karamouzis M.V, Raben D & Ferris R.L. Head and neck cancer – *The Lancet*. Division of Hematology-Oncology. 2008; 17: 1695-1709.

12. Degerfält J. Strålbehandling. Lund: Jan Degerfält och Studentlitteratur, 1998, s 14-15.
13. Regionalt vårdprogram/riktlinjer 2011. Huvud- halscancer. Regionalt cancercentrum väst. Göteborg; 2011. Rapport.
14. Björk M. Living with childhood cancer: family member's experiences and needs. Lund: Medicinska fakulteten, Lund Universitet; 2008.
15. Björklund M, Sarvimäki A & Berg A. Living with head and neck cancer: A profile of captivity. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2002; 2: 22-32.
16. Larsson M, Hedelin B & Athlin E. Lived experiences of eating problems for patients with head and neck cancer during radiotherapy. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12: 562-570.
17. Rumsey N, Clarke A, White P, Wyn-Williams M & Garlick W. Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48: 443– 453.
18. Rogers SN, Scott J, Chakrabati A & Lowe D. The patients account of outcome following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer using a 'quality of life' questionnaire. *European Journal of Cancer Care*. 2008; 17: 182–188.
19. Hugoson A, Koch G & Johansson S. Konsensuskonferens Oral hälsa. Odontologiska Institutionen Jönköping: Förlagshuset Gothia, 2003, s 140.
20. WHO Media Centre. Oral Health. (Elektronisk). (2012). Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>. (Läst 2013-03-18).
21. Daly B, Watt R, Batchelor P & Treasure E. *Essential Dental Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2002, s 145-223.
22. Kressin NR, Reisine S, Spiro A 3rd & Jones JA. Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001; 6: 412-423.

23. Corson MA, Boyd T, Kind P, Allen PF & Steele JG. Measuring oral health: does your treatment make a difference. *British Dental Journal*. 1999; 9: 481-484.
24. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 2004; 2: 247-253.
25. Nordenfelt L. Om generell hälsa och sjukdom – ett teoretiskt perspektiv. *Konsensuskonferens Oral hälsa*. Stockholm: Gothia, 2003, s 130-134.
26. Inglehart MR & Bagramian RA. *Oral health-related quality of life: an introduction*. Chigaco: Quintessence publishing company, Inc, 2002, s 86.
27. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Quality Life Outcomes* 2003; 1: 40.
28. Aronsson K & Wärnberg Gergin E. *Tänder hela livet. Munhälsorelaterad livskvalitet hos äldre*. Folkhälsovetenskapligt centrum Linköping; 2003. Rapport 2003:4.
29. Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Special Care in Dentistry*. 2003; 23: 86-93.
30. Herlofson-Bokstad B, Loken K & Store G. Orala komplikationer vid modern cancerbehandling. *Tandläkartidningen*. 2012; 104:3.
31. Graneheim U & Lundman B. *Kvalitativ innehållsanalys*. Lund: Studentlitteratur, 2008, s 159-172
32. Bryman A. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB, 2002, s 261.
33. Granskär M & Höglund-Nielsen B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 2012, s 190-191.
34. Johansson S & Eriksson S. *Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet, 2002, s 6-1.

35. Forsman B. Forskningsetik – en introduktion. Lund: Studentlitteratur, 1997, s 12.
36. Repstad P. Närhet och distans – kvalitativa metoder i samhällsvetenskap. Lund: Studentlitteratur, 2007, s 93-94.
37. Ejvegård R. Vetenskaplig metod. Lund: Studentlitteratur, 2009, s 51-52.
38. Sherry WV. Taste alterations among patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2002; 6: 73-77.
39. Ottoson S, Laurell G & Olsson C. The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22: 1034-1043.
40. Gonella S. Taste disorders in cancer patients. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. 2013; 32: 223-232.
41. Halldórsdóttir S & Hamrin E. Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*. 1996; 19: 29–36.
42. Ledeboer QC, Velden LA, Boer MF, Feenstra L & Pruyn JF. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: an update of the literature and challenges for the future. *Clinical Otolaryngology*. 2005; 30: 303–319.

Bilaga 1 - Informationsblad

Hej

Vi är två tandhygieniststudenter på Högskolan Kristianstad, Rebecka Andersson och Dorentina Smajli, som ska skriva ett examensarbete i oral hälsa med syftet att undersöka hur patienter som strålats mot huvud & hals-cancer upplever sin orala hälsa efter avslutad strålbehandling.

Patienter som strålats mot huvud och hals-cancer träffar vi inom tandvården. För att öka vår förståelse för hur dessa patienter upplever sin orala hälsa efter avslutad strålbehandling ska vi genomföra en intervju studie och vi söker därför personer som är strålade mot huvud och halscancer som är intresserade av att bli intervjuade.

Intervjun kommer att utföras i ett mötesrum på patienthotellet på universitetssjukhuset i Lund. Deltagandet är frivilligt och allt intervjumaterial kommer att kodas samt behandlas konfidentiellt, vilket innebär deltagare i studien inte kommer kunna identifieras. De åtta första svarande kommer att få delta i studien. Materialet från intervjuerna kommer endast användas till denna studie och när uppsatsen är godkänd och examinerad kommer allt insamlat material att förstöras.

Är Du intresserad av att delta i studien eller har Du några frågor, var vänlig kontakta oss.

Med vänliga hälsningar

Rebecka Andersson

Rebecka.Andersson0015@stud.hkr.se

Dorentina Smajli

Dorentina.Smajli0001@stud.hkr.se

Handledare:

Sara Henricsson

Universitetsadjunkt

Tandhygienistprogrammet

Högskolan Kristianstad

044-204073

sara.henricsson@hkr.se

Bilaga 2 - Samtycke till deltagande av studien

Nedan ger du ditt samtycke till att delta i den studie där vi undersöker hur den orala hälsan upplevs efter avslutad strålbehandling.

Du ger ditt medgivande genom att skriva under med din namnteckning längst ned.

Namnteckning

.....

Namnförtydligande

.....

Datum

.....

Bilaga 3 – Intervjuguide

1. Var har du strålats?
2. När blev du strålad?
3. Vad är en bra munhälsa för dig?
4. Hur upplever du din munhälsa idag?
5. Har du eller har du haft smärta i munnen?
6. Hur har strålbehandlingen påverkat din orala hälsa?
7. Hade du några funderingar på hur din orala hälsa skulle påverkas efter strålbehandlingen?
8. Hur har strålbehandlingen påverkat ditt välbefinnande idag? (emotionellt- utseende, psykiskt), socialt samspel)
9. Hur ser dina munhygienvanor ut idag?
10. Upplever du några biverkningar efter strålbehandlingen?

Följdfrågor;

Kan Du utveckla det mer?

Hur tänker Du?

Vad tror Du att det beror på?

Hur påverkar detta ditt liv?