

**Linnéuniversitetet**

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Uppsats omvårdnad 15 hp

# Patienters upplevelser i samband med lungcancer



*Författare:* Isabell Andersson,  
Karin Freckmann, Helena Hjelm  
*Termin:* VT12, 2012-05-12  
*Kurskod:* 2OM340

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Lungcancer är en livshotande sjukdom där mindre än fem procent överlever fem år. Män insjuknar oftare i lungcancer än kvinnor i Sverige, där majoriteten av de som drabbas har rökt någon gång i sitt liv. **Syfte:** Att beskriva patienters upplevelser i samband med lungcancer. **Metod:** Systematisk litteraturstudie där tolv artiklar, varav fem kvantitativa och sju kvalitativa, analyserades via innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet delades in i fem kategorier: Patienternas upplevelser av bristfällig information, Patienternas upplevelser av oro, Patienternas upplevelser av det dagliga livet, Patienternas upplevelser av skam och skuldkänslor samt utanförskap och Patienternas upplevelser av att veta att de snart ska dö. Huvuddragen i resultatet är att patienterna upplevde en dålig information från vården kring vad lungcancer är och vad som orsakar den. Den bristfälliga informationen ledde till oro. Det visade sig även att symtom som håravfall och dyspné upplevdes som jobbiga och ledde till ett utanförskap samt skam och skuldkänslor. Utöver detta fanns också tankar på döden. **Slutsats:** Trots en obotlig sjukdom upplevdes olika grader av hopp, glädje och framtidsplaner. Detta varvades med mycket oro, utanförskap och tankar kring döden. För ett bra bemötande är det viktigt att sjuksköterskan har kännedom om de upplevelser som är vanliga hos patienter med lungcancer, dock är det viktigt att se den enskilda individen.

Nyckelord: Lungcancer, upplevelser, omvårdnad.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Omvårdnad vid livshotande eller obotlig sjukdom	6
Diagnosen lungcancer	6
Orsaker	7
Symtom	7
Undersökningar och behandling	7
Sjuksköterskans roll	8
Definition av begrepp	8
TEORETISK REFERENSRAM	9
Florence Nightingale	9
Katie Eriksson	10
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	11
METOD	11
Sökningsförfarande och urval	11
Kvalitetsgranskning och analys	11
Forskningsetiska överväganden	13
RESULTAT	14
Patienternas upplevelser av bristfällig information	14
Antaganden om orsaker till lungcancer	14
Synen på vården	14
Patienternas upplevelser av oro	15
Oro kring sjukdomsförloppet	15
Oro skapad av anhöriga	16
Patienternas upplevelser av förändringar i det dagliga livet	16
Fysiska förändringar och psykiska omställningar	16

# Linnéuniversitetet

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Patienternas upplevelser av skam och skuldkänslor samt utanförskap	17
Skam och skuldkänslor	17
Utanförskap	17
Patienternas upplevelser av att veta att de snart ska dö	18
Betydelsen av att leva i nuet och hopp om framtiden	18
Rädsla för döden	18
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Sökningsförfarande och urval	18
Kvalitetsgranskning och analys	19
Trovärdighet och överförbarhet	20
Resultatdiskussion	20
Patienternas upplevelser av bristfällig information	20
Antaganden om orsaker till lungcancer	20
Synen på vården	21
Patienternas upplevelser av oro	22
Oro kring sjukdomsförloppet	22
Oro skapad av anhöriga	22
Patienternas upplevelser av det dagliga livet	23
Fysiska förändringar och psykiska omställningar	23
Patienternas upplevelser av skam och skuldkänslor samt utanförskap	24
Skam och skuldkänslor	24
Utanförskap	24
Patienternas upplevelser av att veta att de snart ska dö	24
Betydelsen av att leva i nuet och hopp om framtiden	24
Rädsla för döden	25
SLUTSATS	25
FORTSATT FORSKNING	26

## BILAGOR

Bilaga 1 - Sökstrategi

Bilaga 2 - Artikelmatris

Bilaga 3 - Checklista för kvalitativa artiklar

Bilaga 4 - Checklista för kvantitativa artiklar

## **INLEDNING**

Lungcancer är en livshotande sjukdom, där framförallt rökare riskerar att drabbas. Det finns även andra riskfaktorer, som till exempel arbete i gruvor och luftföroreningar som diselavgaser (Griph & Ström, 2007; Svanström, 2003). I Sverige är lungcancer den femte vanligaste formen av cancer, då det varje år insjuknar cirka 3 300 personer. Främst förekomst ses hos män samt människor som är 60 år eller äldre. Människor under 50 år kan också drabbas av lungcancer, dock står dessa för mindre än fem procent av fallen. En gradvis ökning kan även ses hos kvinnor, något som förklaras av fler rökande kvinnor idag jämfört med förr (Edqvist, 2010). Överlevnadsprognosen för lungcancer är låg, mindre än fem procent överlever en femårsperiod efter att lungcancerdiagnosen ställts (Svanström, 2003).

## **BAKGRUND**

### **Omvårdnad vid livshotande eller obotlig sjukdom**

Alla människor är unika och när en människa drabbas av en sjukdom eller är döende fortsätter denne att vara unik med unika erfarenheter, upplevelser samt mål och planer för eller med livet (Milberg, 2008). För att kunna hjälpa patienterna att få ett så meningsfullt slut på livet som möjligt är det viktigt att patienterna får prata om sin situation och de tankar som uppkommit om att de snart kommer att dö på grund av sjukdomen. Det är också viktigt att sjuksköterskan är lyhörd i dessa situationer och uppmärksammar patienternas tankar/känslor. Att drabbas av en obotlig sjukdom gör att patienterna inser att de är dödliga och inte kommer att leva för alltid (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Alla patienter ska få ett så värdigt avslut på livet som möjligt, de ska till exempel inte behöva lida (Friedrichsen, 2008). I livets slutskede avtar livskvaliteten (Asp & Ekstedt, 2009). Framförallt äldre människor som levt med en långvarig sjukdom och är ensamma får en försämrad livskvalitet, samtidigt som de ofta också blir beroende av andra för att klara sin vardag (Larsson & Rundgren, 1997).

### **Diagnosen lungcancer**

Det finns olika typer av lungcancer där de delas in utifrån cancercellernas utseende. Alla typerna utgår ifrån slemhinnan i luftrören. De två huvudtyperna av lungcancer är småcellig lungcancer och icke småcellig lungcancer (Hjärt- och lungsjukas riksförbund, 2010). Den småcelliga lungcanceren är små celler som är tätt packade och bildar en form liknande ett

havrekorn. Denna cancerform växer och sprider sig snabbt. Den icke småcelliga lungcancer består av flera undergrupper där den allra vanligaste är adenokarcinom och den näst vanligaste är skivepitelcancer. Adenokarcinom växer på körtelcellerna som finns i slemhinnan i lungan och skivepitelcancer växer i skivepitelet i bronkerna (Edqvist, 2010). Den huvudsakliga anledningen till denna indelning är för att den småcelliga lungcancer oftast har hunnit sprida sig till andra delar av kroppen innan diagnosen ställs. Detta gör att den inte kan botas med operation, då kan strålning eller cellgifter bli aktuellt. Den icke-småcelliga lungcancer däremot botas bäst med operation (Maitra & Kumar, 2007).

## **Orsaker**

Av de människor som drabbas av lungcancer är cirka 85-90 procent orsakade av rökning. Tobaksrök innehåller 3000-4000 kemikalier, varav cirka 40 stycken kan vara cancerframkallande. Även passiv rökning kan leda till utveckling av lungcancer. Tobaksröken som utandas vid rökning innehåller nämligen högre nivåer av vissa av de cancerframkallande ämnena än vad inandningsluften gör, vilket medför att passiva rökare får i sig högre nivåer av cancerframkallande ämnen (Griph & Ström, 2007). De som utsätts för passiv rökning har en fördubblad risk att drabbas av lungcancer jämfört med icke-rökare (Maitra & Kumar, 2007). Det är dock inte endast rökning som kan orsaka lungcancer. Människor som utsätts för radon, asbest, arsenik, nickel och krom, exempelvis genom arbete i gruvor, löper också ökad risk att drabbas. Kombinerar dessa faktorer med rökning, ökar risken ytterligare. Även luftföroreningar som dieselavgaser och industriutsläpp misstänks kunna öka risken för lungcancer (Griph & Ström, 2007).

## **Symtom**

Vanliga symtom vid lungcancer är hosta, blodiga upphostningar, avmagring, aptitlöshet, bröstsmärta, heshet, trötthet och andfåddhet (Griph & Ström, 2007; Svanström, 2003; Maitra & Kumar, 2007; Edqvist, 2010). Dock kommer ofta symtomen i ett sent skede, detta kan bidra till att sjukdomen upptäcks sent, vilket innebär att prognosen kan försämrans (Edqvist, 2010).

## **Undersökningar och behandling**

Vanligaste sättet att upptäcka och diagnostisera lungcancer är genom lungröntgen (Svanström, 2003). I de flesta fall räcker det med lungröntgen för att fastställa tumörens läge, storlek och vilken typ av lungcancer det är. Ibland krävs dock kompletterande undersökningar så som

datortomografi, cellundersökning av upphostat slem eller undersökning via bronkoskopi (Edqvist, 2010; Griph & Ström, 2007).

Endast en femtedel av alla lungcancerfall går att behandla genom kirurgi (Svanström, 2003). Kirurgi används för att avlägsna tumören om en spridning inte skett. Hur mycket av lungan som måste avlägsnas beror på hur stor tumören är (Griph & Ström, 2007). Då lungcancer inte är botbar är kirurgi oftast inte ett alternativ och då används strålbehandling eller cytostatika (cellgifter) i symtomlindrande syfte (Svanström, 2003). Strålbehandling och/eller cytostatika kan också användas för försök till bot, dock kan det bland annat orsaka håravfall under behandlingstiden (Griph & Ström, 2007). När strålbehandlingen används för att lindra symptom vid en lungcancer som inte är botbar är det främst symptom som smärta som lindras (Olsson, 2009; Simonsson, 1982). Behandlingen kan också lindra blodiga upphostningar (Simonsson, 1982).

### **Sjuksköterskans roll**

När patienter hör ordet cancer kan de reagera med tankar på bland annat döden, trötthet och smärta. Därför är det viktigt att sjuksköterskan ser och lyssnar in patienternas behov (Griph & Ström, 2007; Willman, 2009). Det är viktigt att sjuksköterskan ser varje patient som en unik människa. Bemötandet och informationen skall också ges på en individuellt anpassad nivå (SFS 2010:659; Willman, 2009). Lidén (2009) menar att sjuksköterskan måste ha en god teoretisk och praktisk kunskap och ett etiskt förhållningssätt för att kunna ge en god omvårdnad. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan förutom ett etiskt förhållningssätt även ha en helhetssyn i vården. En sjuksköterska måste även bemöta patienterna med respekt och se till den enskilda människans unika värde (SFS 1982:763).

### **Definition av begrepp**

Följande definitioner är författarnas för att underlätta för läsaren, då vi i fortsättningen kommer hänvisa till dessa. Observera att begreppen kan skilja sig från litteratur och forskning.

*Anhöriga/Närstående/Nära och kära/Familj:* Vi kommer att växla mellan att använda dessa begrepp beroende på vilket begrepp som patienterna har använt för att beskriva de personer som finns i deras omgivning.



*Dyspné:* Innebär andningssvårigheter.

*Lungcancer:* Med lungcancer menar vi alla former av lungcancer, oberoende av den medicinska indelningen med huvudgrupper och undergrupper.

*Patienter/Människor:* Beroende på vilken kontext dessa nämns i kommer vi att växla mellan att använda båda begreppen för att underlätta för läsaren. Begreppet patient/-er kommer att användas i vårdrelaterade sammanhang, medan begreppet människa/människor kommer användas i övriga sammanhang. Begreppen innefattar både män och kvinnor med lungcancer om inget särskilt anges.

*Upplevelser:* Patienternas subjektiva berättelser i samband med lungcancer.

*Vårdpersonal/Personal:* Med dessa begrepp menar vi personer som arbetar inom vården, så som undersköterskor, sjuksköterskor och läkare, som kommer i kontakt med patienterna.

## **TEORETISK REFERENSRAM**

### **Florence Nightingale**

Något som är viktigt vid lungcancer är en god omvårdnad (Birgegård & Glimelius, 1991).

Någon som tidigt kämpade för en god omvårdnad var Florence Nightingale. Hon var en omvårdnadsteoretiker på 1800-talet som lade grunden till dagens sjuksköterskeprofession.

Under sin levnadstid strävade hon efter en sjukvård där personalen skulle se hela människan och inte enbart sjukdomen (Jakobsson & Lützén, 2009). Nightingale (1924/1954) uttryckte också vikten av att en sjuksköterska skulle vara utbildad för att kunna arbeta för en god omvårdnad. Genom att ha en bra iakttagelseförmåga samt genomföra dokumentationer var detta ett steg mot den goda omvårdnaden för patienterna. Hon menade att patienterna inte skulle behöva uttrycka sig verbalt för att få hjälp. Patienterna skulle inte behöva be om att få exempelvis en extra filt om de hade feber och frös. En sjuksköterska skulle därför enligt Nightingale (1924/1954) ha en utvecklad förmåga att se till olika människors behov, en egenskap som enligt henne krävdes för att vara en bra sjuksköterska.

Nightingale (1924/1954) beskrev hälsa som frånvaro av sjukdom samtidigt som patienterna skulle kunna använda sig av sina inre och yttre styrkor för att själva medverka till att främja sin hälsa. Även sjuksköterskans omvårdnad kunde ligga till grund för att främja patienternas hälsa, trots att den medicinska behandlingen inte gav önskvärd effekt. Nightingale (1924/1954) menade även att de symtom som en patient uppvisade inte bara berodde på sjukdomen i sig, utan också på att något fattades hos patienten. Gav sjuksköterskan då en omvårdnad som patienten upplevde som bristande fanns risk för att patienten utvecklade symtom, som till exempel liggsår, feber och illamående.

### **Katie Eriksson**

En annan omvårdnadsteoretiker är Katie Eriksson som grundar sina teorier i framförallt den kristna tron. Hon har bland annat skrivit en teori om tro, hopp och kärlek (Kristoffersen, 2006). Eriksson (2002) menar att tro, hopp och kärlek tillsammans bildar en helhet och en länk mellan självet och de andra. Hon definierar tro som en livsstil, en strävan mot ett mål och ett sätt att leva. Tron är stark sammanlänkad med hoppet. Hopp innebär att inte ge upp och att se ljus på framtiden. Kärleken däremot är ett sätt för en människa är bekämpa det onda. Även kärleken är sammanlänkad med tron och hoppet, där man som människa måste lära sig att ta emot kärlek.

Eriksson (2002) definierar även begreppet hälsa. Hon menar att hälsa är ett tillstånd och för att kunna uppnå hälsa behöver man vara hel i kropp, själ och ande. Eriksson (2002) nämner även att människan behöver vara en del av ett sammanhang, som exempelvis sin familj, för att uppnå hälsa. Det är genom att få vara en del av ett sammanhang som människan kan utvecklas och skapa tillfredsställelse, tillit och kroppsligt välbehag. Hälsa är även något som ständigt pågår och utvecklas.

## **PROBLEMFORMULERING**

Lungcancer är en ofta förekommande sjukdom i Sverige (Edqvist, 2010) och det är fler och fler som drabbas av det på grund av att antalet rökare ökar (Griph och Ström, 2007). Under utbildningens gång samt privat har vi som författare erfarenheter av att möta patienter med diagnostiserad lungcancer. Detta har gjort att vår nyfikenhet har väckts kring frågan hur dessa patienter upplever sin situation i samband med lungcancer och hur vi på ett bra sätt kan förhålla oss till och vårda dem.

## **SYFTE**

Att beskriva patienters upplevelser i samband med lungcancer.

## **METOD**

### **Sökningsförfarande och urval**

En systematisk litteraturstudie har genomförts enligt Forsberg och Wengström (2008) där databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO har genomsökts efter artiklar som motsvarade studiens syfte. Sökningarna genomfördes genom att sökorden *lung neoplasms*, *lung cancer*, *attitude to illness* och *experience* användes. Sökningar genomfördes även på sökorden *quality of life* i kombination med *lung neoplasms* i databasen Cinahl. Då detta inte gav något resultat som motsvarades studiens syfte uteslöts sökordet *quality of life*. Alla ord söktes var för sig för att sedan kombineras, se bilaga 1. Där det var möjligt gjordes en thesaurussökning där databasernas egna söktermer användes. I de sökningar då detta inte gav resultat, relevant till vårt syfte, gjordes en fritextsökning eller en kombination av thesaurussökning och fritextsökning. Detta för att öka möjligheten att få fram alla artiklar inom området. Följande inklusionskriterier har använts för att hitta relevanta artiklar till studiens syfte:

- Artiklarna ska vara skrivna på engelska eller svenska.
- Studierna ska vara utförda i en kultur applicerbar på Sverige och studieländer avgränsas därför till Västeuropa. Med Västeuropa avses den del av Europa som har en västerländsk demokrati (Nationalencyklopedin [NE], 2012).
- Artiklarna ska vara peer-reviewed.
- Publicerade mellan 2002-2012.
- Godkända av en etisk kommitté eller ha ett etiskt övervägande.
- Studien ska gälla män och/eller kvinnor över 18 år med någon form av lungcancer.
- Studiepersonerna får inte vara opererade eller friskförklarade från lungcancer.
- Forskningen ska fokusera på lungcancer och inte andra sjukdomar.

### **Kvalitetsgranskning och analys**

Totalt uppfyllde tolv artiklar inklusionskriterierna och dessa genomgick kvalitetsgranskning (se bilaga 2), som genomfördes efter Forsberg och Wengströms (2008) checklistor för granskning av kvalitativa och kvantitativa studier, för kvasi-experimentella studier. För att

artiklarna skulle kunna värderas modifierades checklistorna (se bilaga 3 och 4). Alla frågor som inte gick att svara ja eller nej på, eller inte gick att omformulera till en ja- eller nejfråga ströks ur instrumentet. Detta för att artiklarna skulle kunna poängsättas, där svar som stärkte artikelns kvalitet gav ett poäng. Utifrån maxpoängen på checklistorna skapades tre procentsatser som bedömde om artiklarna var av låg, medel eller hög kvalitet.  $\leq 60$  procent av maxpoängen motsvarade låg kvalitet, 61-79 procent medel och  $\geq 80$  procent hög. Författarna granskade alla artiklar var för sig enligt checklistorna, för att sedan diskutera kvaliteten och komma till en slutsats. Efter kvalitetsgranskningen analyserades artiklarna var för sig av författarna enligt Lundman och Hällgren Graneheims (2010) instrument för kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalysen syftar till att ge struktur till arbetsprocessen. Genom att bryta ner resultatet i mindre delar, så kallade meningsenheter, erhålls kortare beskrivningar av resultatet. Detta för att få en överskådlig bild av resultatet och en mer lättbearbetad text. Varje meningsenhet bearbetas sedan fram till kondenserade meningsenheter, där det väsentliga presenteras. Därefter får varje kondenserad meningsenhet en specifik kod som tydliggör innehållet från den kondenserade meningsenheten. Koderna övergår sedan i underkategorier, där koder med samma innehåll delar underkategori. Slutligen sammanförs underkategorier till kategorier, där underkategorier med liknande innehåll tillhör samma kategori (Lundman & Hällgren Graneheim, 2010). Denna process genomfördes tillsammans av författarna.

Nedan följer ett exempel på analysprocessen:

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Patienterna upplevde att informationen om lungcancer kretsade kring rökning, vilket gjorde att icke-rökare och före detta rökare trodde att de inte kunde drabbas.	Information om lungcancer kretsade kring rökning, vilket ledde till felaktiga antaganden från patienterna.	Den bristfälliga informationen ledde till felaktiga antaganden.	Antaganden om orsaker till lungcancer.	Patienternas upplevelser av bristfällig information.

En del patienter hade levt hälsosamt med kost och motion och inte rökt och trodde att de inte kunde drabbas av lungcancer, men drabbades ändå.	Patienterna som hade levt hälsosamt drabbades ändå av lungcancer.	Lungcancer drabbade även de som levt hälsosamt.	Antaganden om orsaker till lungcancer.	Patienternas upplevelser av bristfällig information.
Patienterna upplevde skam och skuld när de hade drabbats av lungcancer.	Patienterna upplevde skam och skuldkänslor vid lungcancerbesked.	Skam och skuld vid lungcancerbesked.	Skam och skuldkänslor.	Patienternas upplevelser av skam och skuldkänslor samt utanförskap.
Patienterna tyckte att det var lättare att prata om att de hade en cancerdiagnos än en lungcancerdiagnos, då de kände skuld att de kunde orsakat sjukdomen själva.	Lättare att prata om en cancerdiagnos än en lungcancerdiagnos, då det gav mindre skuldkänslor.	Att prata om en cancerdiagnos gav mindre skuldkänslor än en lungcancer - diagnos.	Skam och skuldkänslor.	Patienternas upplevelser av skam och skuldkänslor samt utanförskap.
Yngre och äldre lungcancersjuka patienter skiljde sig åt genom att de yngre upplevde att de inte var redo att dö än, medan de äldre upplevde att de redan hade levt sitt liv.	Yngre patienter var inte redo att dö än, medan de äldre patienterna kände att de hade levt sitt liv.	Olika upplevelser och tankar kring döden beroende på ålder.	Rädsla för döden.	Patienternas upplevelser av att veta att de snart ska dö.

## Forskningsetiska överväganden

Forsberg och Wengström (2008) beskriver att artiklar som inkluderas i en litteraturstudie bör ha ett etiskt godkännande eller ett etiskt övervägande. Det ska även gå att utläsa alla resultat forskarna kommit fram till, oavsett om resultaten stödjer forskarens åsikt eller inte. Artiklarna som valdes ut till kvalitetsgranskning för denna studie hade därför som inklusionskriteriet att artiklarna skulle vara godkända av en etisk kommitté eller att det beskrevs ett etiskt ställningstagande.

## **RESULTAT**

Arbetets resultat presenteras nedan i de kategorier och underkategorier som arbetades fram genom analysen.

### **Patienternas upplevelser av bristfällig information**

#### **Antaganden om orsaker till lungcancer**

En uppfattning hos många patienter var att det var dålig information kring orsakerna till lungcancer. De upplevde att informationen riktade sig till rökare, då den fanns på cigarettpaket eller i samband med ”sluta röka kampanjer”. Få patienter hade sett eller förstått att lungcancer även kunde orsakas av andra faktorer än rökning, som till exempel luftföroreningar orsakade av trafik. Detta gjorde att de inte trodde att de kunde drabbas av lungcancer då de enligt dem själva hade levt ett hälsosamt liv. De förklarade ett hälsosamt liv som till exempel god kost, mycket motion och ingen rökning (Leveälähti, Tishelman & Öhlén, 2007). Även Tod, Craven och Allmark (2008) tar upp liknande resultat i sin studie där icke-rökare och före detta rökare inte trodde att de kunde drabbas av lungcancer. Före detta rökare ansåg att de inte hade rökt på så lång tid att det inte skulle kunna ha haft en påverkan på utvecklingen av lungcancer. Det fanns de som hade slutat röka för så länge sedan att de till och med hade glömt bort att de en gång rökt. Chapple, Ziebland och McPherson (2004) beskrev att en del patienter trodde att ett rökstopp i minst fem år gjorde att risken för att drabbas av lungcancer försvann. Enligt Tod et al. (2008) uttryckte patienterna att informationen om cancer som fanns oftast var inriktad mot andra cancersjukdomar än lungcancer. Den lilla information som fanns om lungcancer förknippades med rökning, enligt patienterna.

Patienterna som hade diagnostiserats med lungcancer kände sig chockade och oförstående vid beskedet. De sökte vård i tron om en mindre allvarlig sjukdom, så som lunginflammation (Leveälähti et al., 2007) eller en annan infektion, då de hade föreställning om att lungcancer gav värre symtom än förkylningssymtom (Tod et al., 2008).

#### **Synen på vården**

Dålig information väckte många olika tankar hos patienterna, tankar som; ”Finns det behandling?” ”Hur kommer den i så fall gå till?” (Berterö, Vanhanen & Appelin, 2008). När

behandlingen mot lungcancer dessutom startade upplevde många av patienterna att de inte hade någon kontroll över sin situation, då de kände sig tvingade att genomgå behandlingen. De kände att de inte hade någon valmöjlighet att avsluta behandlingen om de skulle vilja. Efter ett tag blev dock behandlingen en del av deras liv och den gav dem exempelvis hopp om att en dag bli friskförklarade, trots att de visste att de hade en obotlig lungcancer (McCarthy & Dowling, 2009).

En del patienter ansåg att deras lungcancerdiagnos hade ställts för sent, detta på grund av långa väntetider. Det resulterade i att patienterna trodde att deras prognos försämrades på grund av detta (Berterö et al., 2008; Chapple et al, 2004; Lövgren et al, 2010).

Patienterna upplevde att de inte blev bemötta på ett önskvärt sätt. De ansåg att personalen inte såg dem som individer, detta för att personalen uppfattades som stressade och inte hade tid för patienterna (Lövgren et al., 2010; McCarthy och Dowling, 2009). De menade att personalen sågs som mycket upptagna, av patienterna, med nästan ingen tid för samtal. Patienterna upplevde också att de fick vänta länge på behandlingar och information, vilket ledde till oro (McCarthy & Dowling, 2009; Broberger, Tishelman, von Essen, Doukkali & Sprangers, 2007)

## **Patienternas upplevelser av oro**

### **Oro kring sjukdomsförloppet**

De vanligaste orosmomenten som patienterna upplevde var oro kring sjukdomen och familjen och framtiden relaterad till sjukdomen (Hill, et al., 2003), men även smärta, trötthet och dyspné (Broberger et al., 2007). I en jämförelse gjord mellan yngre och äldre lungcancerpatienter, där yngre var max 65 år och de äldre minst 75 år, konstaterades att äldre i större utsträckning än yngre oroade sig för smärta. 92 procent av de äldre uttryckte en oro för smärta, medan endast 41 procent av de yngre oroade sig för detta (Turner, Muers, Haward & Mulley, 2006). Broberger et al. (2007) påvisade ett samband mellan orosnivån och smärtupplevelsen. De menade att en högre upplevd orosnivå hos patienterna bidrog till en ökad smärtupplevelse.

Då det gällde sjukdomen hade de yngre en större oro än de äldre, 81 procent jämfört med 41 procent (Turner et al., 2006). Hill et al. (2003) menade att yngre i allmänhet var mer oroliga än äldre vid en lungcancersjukdom samt att kvinnorna uppgav sig vara mer oroliga än männen. Många patienter oroade sig dessutom för vad lungcancer orsakade på insidan av

deras kroppar. Det gjorde att de använde kroppen för att kunna avläsa om de blev försämrade i sin sjukdom via en bedömning av sina symtom (McCarthy & Dowling, 2009). Detta på grund av att många patienter upplevde att de inte hade tillräckligt med tid att prata om funderingar kring sin diagnos med vårdpersonalen (Lövgren, Hamberg & Tishelman, 2010). Däremot visade Hill, Amir, Muers, Connolly och Rounds (2003) studie att 64 procent faktiskt upplevde att de hade fått samtala om sin oro angående lungcancerdiagnosen. Emellertid visade samma studie att mindre än 30 procent ansåg att de inte fått samtala om sin oro gällande framtiden och familjen sedan de fått lungcancer.

### **Oro skapad av anhöriga**

Anhöriga var också ett orosmoment för patienterna. En anledning till detta var att patienterna var rädda för att bli en belastning för sina anhöriga, trots att de hade en viktig del i patienternas liv (Berterö et al., 2008; Henoch, Bergman & Danielson, 2008a). En annan anledning till oro för patienterna var rädslan att anhöriga skulle frysas ut av omgivningen om patienterna berättade om sin sjukdom. Patienterna kände också en ökad oro när de upplevde att deras anhöriga oroade sig för dem (Berterö et al., 2008). Patienterna ville inte heller belasta eller bli en börda för sina nära och kära genom att visa hur jobbigt de hade det. Istället valde patienterna att visa sig starka och visa upp en fasad inför de anhöriga (McCarthy & Dowling, 2009).

## **Patienternas upplevelser av förändringar i det dagliga livet**

### **Fysiska förändringar och psykiska omställningar**

När patienterna drabbades av lungcancer upplevde dem fysiska förändringar så som ökad trötthet, minskad styrka och dyspné (Henoch et al., 2008a; McCarthy & Dowling, 2009). Patienterna hanterade dyspnén sämre när de kände att symtomen på lungcancersjukdomen blev värre (Henoch, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson & Danielson, 2008b). Trots detta ville patienterna leva ett så normalt liv som möjligt (McCarthy & Dowling, 2009), men i den grad det gick och efter de förutsättningar de hade (Berterö et al., 2008). Henoch, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson & Danielson (2007) menade att patienternas upplevda livskvalitet försämrades över tid efter en lungcancerdiagnos, något som upplevdes som en påfrestande psykisk omställning.



Det patienterna upplevde som den psykiskt jobbigast omställningen med sin lungcancersjukdom och den tillhörande behandlingen var håravfallet som uppstod. Det gjorde att sjukdomen blev mer påtaglig för dem själva och andra eftersom den blev mer synlig. Framförallt var håravfallet jobbigast för kvinnorna, men även männen upplevde detta som besvärande. När patienternas hår började växa ut igen, mellan behandlingarna, misstolkade ibland människor i patientens omgivning detta som att patienten var frisk från sin lungcancersjukdom (McCarthy & Dowling, 2009).

## **Patienternas upplevelser av skam och skuldkänslor samt utanförskap**

### **Skam och skuldkänslor**

När patienterna fick sin lungcancerdiagnos upplevde de känslor av skam och skuld då de kände att de själva hade orsakat sjukdomen genom rökning (Chapple et al., 2004; Berterö et al., 2008). Det fanns också en rädsla hos patienterna att bli skuldbelagda av andra för att de skulle tro att patienterna hade orsakat sjukdomen själva genom rökning, oavsett om de hade varit rökare eller inte (Tod et al., 2008). Då patienterna besökte hälso- och sjukvården fick de också en känsla av att vården skuldbelade dem för att ha orsakat lungcancer genom rökning. Det framkom också att yngre patienter upplevde sig mer skuldbelagda än vad de äldre gjorde, detta på grund av att det förr var mer socialt accepterat att röka samt att konsekvenserna inte var lika kända då som nu (Chapple et al., 2004). Detta ledde till att patienterna hanterade situationen genom att undvika att prata om att de hade en diagnostiserad lungcancer. Istället valde de att berätta att de hade cancer, men inte vilken sort, när detta kom på tal. Detta i sin tur gjorde att patienterna höll sina vänner utanför för att de var rädda för hur vännerna skulle reagera (Berterö et al., 2008). En annan hanteringsstrategi som patienterna använde sig av var att de skyllde på människor och andra omgivande faktorer som orsak till sin sjukdom. På så sätt undvek de att känna skam och skuldkänslor. Patienterna uppgav exempelvis anhörigas rökning eller andra luftföroreningar som orsaker till sjukdomsutbrott (Leveälahti et al., 2007).

### **Utanförskap**

Vänner och anhöriga kände en osäkerhet i hur de skulle bemöta patienterna efter att de fått vetskap om lungcancer, vilket gjorde att de undvek kontakt. Detta ledde till att patienterna upplevde ett utanförskap och förlorad kontakt med vänner och familj (Chapple et al., 2004). De upplevde också att de förlorade sin mening med vardagen, då de exempelvis var tvungna att sluta på sitt jobb på grund av sin sjukdom (McCarthy & Dowling, 2009).

## **Patienternas upplevelser av att veta att de snart ska dö**

### **Betydelsen av att leva i nuet och hopp om framtiden**

Många patienter uttryckte att de fick en ny syn på livet efter att de hade fått beskedet om sin lungcancersjukdom. Detta gjorde att de valde att prioritera sig själva före andra för att få ut så mycket som möjligt av den tid de hade kvar (Lövgren et al., 2010). Liknande resultat framkom även av Hensch et al. (2008a) där patienterna uppgav att de värdesatte livet mer efter lungcancerdiagnosen. Patienterna kunde även se ljus på framtiden eftersom de hade hopp om att de en dag skulle bli friska och botade från sin lungcancersjukdom. Berterö et al. (2008) beskrev också patienternas hopp om att bli friskförklarade, men samtidigt beskrev de också att patienterna inte kände någon rädsla för den kommande döden. Patienterna ville däremot inte dö, då de tyckte att de hade för mycket kvar att leva för och inte var redo att lämna sina nära och kära än.

### **Rädsla för döden**

Det fanns patienter som var rädda för att dö, där McCarthy och Dowling (2009) nämnde ovissheten om när och hur döden skulle ske som en faktor, medan Hensch et al. (2008a) beskrev symtomen som en annan faktor. Symtom som dyspné påminde ständigt patienterna om sin kommande död, vilket gjorde att de blev rädda för döden. Även Lövgren et al. (2010) berörde rädslan för döden där yngre lungcancerpatienter beskrev en rädsla för att dö då de inte kände sig redo och ansåg att de borde ha livet framför sig. Äldre patienter däremot upplevde sig ha levt sitt liv och var därför inte rädda för döden. De ansåg i större utsträckning att deras tid var kommen.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

#### **Sökningsförfarande och urval**

Något som kan ses som en styrka i en studie är att alla sökningar efter artiklar har genomförts tillsammans av alla författare (Lundman & Hällgren Graneheim). Detta styrker vår studie eftersom vi har genomfört alla sökningar tillsammans. Alla har läst samma titlar och abstrakt och en diskussion har förts innan artiklarna valts ut till läsning. Fanns det några tveksamheter för att en artikel skulle gå vidare till läsning, inkluderades den, för att garantera att inget relevant för studiens syfte skulle gå förlorat. De artiklar som hittades genom sökningarna har

också varit relativt nya. Den äldsta artikeln var från 2003 och den nyaste var från 2010. Sju av de inkluderade studierna är genomförda i Sverige, fyra i Storbritannien och en i Irland.

Passande sökord till vårt syfte att beskriva patienters upplevelser i samband med lungcancer har enligt oss varit problematiskt att hitta. Vi valde tillslut att använda oss av sökorden *lung cancer*, *lung neoplasms*, *attitude to illness* och *experience*, då dessa sökord gav resultat som enligt oss överensstämde med vårt syfte. En svaghet i vår studie skulle dock kunna vara att endast fyra sökord använts, då det finns risk för att relevanta artiklar har missats. Dock tycker vi att vi har hittat många relevanta artiklar för studiens syfte samt att vi funnit många dubletter, vilket tyder på att vi gjort en systematisk sökning (Forsberg & Wengström, 2008). Totalt sju dubletter har hittats. Dessutom anser vi att fler sökord leder till en mer specifik och smalare sökning. Vårt syfte var att beskriva patienters upplevelser i samband med lungcancer, där vår definition av upplevelser är patienternas subjektiva berättelser i samband med lungcancer. Därför ansåg vi att det krävdes en bredare sökning och av den anledningen valde vi att endast använda fyra sökord. Forsberg och Wengström (2008) menar att användning av trunkering är bra för att täcka in alla varianter av ett sökord. Detta använde vi oss av vad det gällde sökordet *experience*, som trunkerades enligt följande: *experie\**. Detta för att täcka in bland annat *experience* och *experiences*. Sökningar gjordes även med sökordet *quality of life*, men då detta inte gav passande resultat, enligt vår definition av upplevelser eller till vårt syfte, i databasen Cinahl gjordes inte fler sökningar med detta sökord. Detta på grund av att vi ansåg att vi borde få liknande resultat i övriga databaser. Det har dock framkommit för oss att antal träffar i databaserna varierar beroende på om sökningen sker i universitetets lokaler eller hemifrån, där fler träffar erhålls i universitetets lokaler. Detta upptäcktes sent i processen och var därför inget som vi hade möjlighet att åtgärda. Detta måste därför betraktas som en svaghet i vår studie, då databasen PubMed genomsökts hemifrån och därför finns risk att relevanta artiklar har missats. Det faktum att ingen manuell sökning genomförts kan också anses som en svaghet i vår studie, då Forsberg och Wengström (2008) menar att en kombination av manuell sökning och databassökning bör kombineras vid en systematisk litteraturstudie. Vi har övervägt detta och håller trots det fast vid att vi hittat relevanta artiklar enbart genom databassökningen och tiden till att göra en manuell sökning inte fanns.

### **Kvalitetsgranskning och analys**

Ytterligare en sak som styrker vår studie är det faktum att vi enskilt kvalitetsgranskade artiklarna och därefter diskuterade vi kvaliteten tillsammans. Fler personer som bedömer

materialet innebär fler infallsvinklar och chanserna att upptäcka alla detaljer ökar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). För att kunna värdera artiklarnas kvalitet användes som tidigare nämnt Forsbergs och Wengströms (2008) checklistor för kvalitetsgranskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar. Dessa modifierades för att en poängsättning skulle vara möjlig. I och med detta exkluderades vissa frågor. Innan det gjordes övervägde vi dock om exkluderingen av frågor kunde påverka kvalitetsbedömningen. De frågor som enligt oss behövdes för att bedöma kvaliteten valde vi därför istället att omformulera om de inte från början gick att svara ja eller nej på och vi anser av den anledningen att kvaliteten har blivit bedömd på ett rättvist sätt. Axelsson (2008) menar att litteraturstudier inom framförallt hälsoområdet med fördel ska innehålla både kvantitativa och kvalitativa artiklar, då forskningsfrågan på så sätt kan studeras ur flera perspektiv och lättare förstås. Detta är något som styrker vår studie då vi valt att inkludera sju kvalitativa artiklar och fem kvantitativa artiklar.

### **Trovärdighet och överförbarhet**

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) ökar en studies trovärdighet när resultatet går att överföra till andra kontexter än där studien är genomförd. Trovärdigheten anser vi vara hög då resultatet enligt oss går att överföra till Sverige eller är baserat på forskning genomförd i Sverige. Övervägande del av artiklarna är från Sverige och resterande är från Storbritannien och Irland. Storbritannien och Irland är enligt oss applicerbara på svensk kultur, då dessa tillhör Västeuropa (NE, 2012) och vi anser därför att resultaten med fördel kan överföras till svensk sjukvård. Även det faktum att deltagarantalet har varit relevant i förhållande till valda studies metod stärker vår studies trovärdighet. Överförbarheten till den svenska vården av lungcancersjuka patienter ökar också tack vare att alla studier har undersökt både män och kvinnors upplevelser av lungcancer.

## **Resultatdiskussion**

### **Patienternas upplevelser av bristfällig information**

#### **Antaganden om orsaker till lungcancer**

Patienterna trodde att en god hälsa gjorde att de inte kunde drabbas av lungcancer. De definierade god hälsa som sunda matvanor, regelbunden motion och ingen rökning (Leveälähti et al., 2007). Eriksson (2002) definierar hälsa som ett tillstånd där man som person måste ingå i ett sammanhang samt vara hel i kropp, själ och ande för att detta ska

uppnås. Enligt Erikssons definition av hälsa skulle alltså dessa patienter inte kunna uppnå hälsa enbart med en sund livsföring. Patienterna skulle också behöva känna sig delaktiga i något, exempelvis i en familj, i sin vård eller andra sammanhang. Vi som författare anser dock att hälsa är en individuell upplevelse och att den utgår från varje enskild individ. Vi menar därför att en människa kan uppleva hälsa enbart genom att ha en sund livsföring, medan en annan människa kanske behöver stöd från andra för att anse sig ha hälsa.

### **Synen på vården**

En del patienter upplevde att de inte fick tillräckligt med tid att prata om sina tankar kring lungcancerdiagnosen med personalen (Lövgren et al., 2010) men det fanns även de som tyckte att de hade fått prata om sina funderingar med personalen (Hill et al., 2003). Enligt Birgegård (2008) har vårdpersonal ett stort ansvar för att få cancerpatienter att öppna upp sig, då det har visat sig att cancerpatienter har svårt att berätta om vad de tänker och känner. En avgörande faktor som kan påverka detta är om personalen har en god samtals teknik, då detta gör att patienten känner sig trygg med situationen. Detta framhöll även Gunnars (1999) som en viktig aspekt i personalens kompetens. Där hon framförallt betonade vikten av att personalen i möten med patienterna visade empati, förmedlade kunskap och information på ett individanpassat sätt, då detta skapade trygghet hos patienterna. Även Thor (1989) nämnde hur personalen skulle förhålla sig i möten med patienter. Han menade att de skulle möta patienternas olika känslor samtidigt som de skulle informera patienterna om lungcancersjukdomen på ett tydligt och humant sätt. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) framgår det också att vården ska utformas för att skapa trygghet, med bland annat individanpassad information.

Nightingale (1924/1954) beskrev en omvårdnad där sjuksköterskan skulle se hela människan och inte enbart sjukdomen. Hennes strävan mot denna omvårdnad avspeglas dock inte i dagens sjukvård enligt oss, då Birgegård (2008) och Lövgren et al. (2010) konstaterade att personalen inte visade patienterna intresse som enskilda individer. Detta anser vi vara en stor brist i vården och vi ställer oss frågan hur detta kan ske? Enligt Birgegård (2008) kunde detta bero på bristande kommunikation mellan patienterna och personalen eller på grund av tidsbrist. McCarthy och Dowling (2009) och Lövgren et al. (2010) menade att patienterna uppfattade personalen som stressade och att de inte hade tid för samtal med patienterna. Detta ledde till att patienterna upplevde att de inte sågs som enskilda individer av personalen. Nightingale (1924/1954) menade dock att en sjuksköterska skulle kunna se på patienterna vad

de hade för önskemål och behov. Detta beskrev även Gunnars (1999) som poängterade att personal skulle kunna förstå underförstådda budskap från patienterna, så som önskningar och behov som inte uttrycktes verbalt.

## **Patienternas upplevelser av oro**

### **Oro kring sjukdomsförloppet**

Fick patienterna information om sin sjukdom kunde det leda till att oron och ångesten inför sjukdomen minskade. Detta berodde på att patienterna upplevde det främmande som mer oroande (Birgegård, 2008; Gunnars, 1999). Patienterna upplevde oro på grund av många oklarheter kring sin lungcancerdiagnos (Hill et al., 2003; Broberger et al., 2007). Däremot framgick det av Birgegård (2008) att patienterna kunde vara oroliga för information kring sjukdomen på grund av rädsla att få veta sin diagnos och prognos, vilket gjorde att de undvek att fråga personalen.

Äldre oroade sig för smärta mer än de yngre (Turner et al., 2006) och en högre orosnivå ledde till högre smärtupplevelse (Broberger et al., 2007). Johnson (2010) förklarade dock att äldre trodde att smärtan var en naturlig del av åldrandet. Det gjorde att de undvek att tala om för personalen att de upplevde smärta. I vissa fall talade de om för personalen att de hade ont, men inte hur ont de verkligen hade, vilket ledde till otillräcklig smärtlindring. Detta är enligt oss ett observandum som sjuksköterska eftersom att många patienter som vi kommer i kontakt med kanske inte vågar uttrycka att de har ont. Nightingale (1924/1954) menade dock att en sjuksköterska skulle kunna se på patienterna om de exempelvis hade ont, patienterna skulle alltså inte behöva uttrycka sig verbalt för att få korrekt smärtlindring. Johnson (2010) framhöll att äldre oftast hade en otillräcklig smärtlindring. Något som även Hægerstam (2007) poängterar, där 45 procent av cancerpatienterna inte hade en tillräcklig smärtlindring eller ingen smärtlindring alls. Likaså nämnde Nystrand (2003) att många cancerpatienter upplever en onödig smärta på grund av otillräcklig smärtlindring.

### **Oro skapad av anhöriga**

Anhöriga var en viktig del i patienternas liv efter ett dåligt sjukdomsbesked, då de hjälpte patienterna tillbaka till livet (Thor, 1989). Även Hylén Ranhoff (2008) påpekade att anhöriga var viktiga för patienterna, då de ingav en trygghet när patienterna mötte motgångar i livet. Däremot påvisade flertalet författare (Berterö et al., 2008; Hénoch et al., 2008a; McCarthy &

Dowling, 2009; Birgegård, 2008; Milberg, 2008) att patienterna var oroliga för att bli en börda för sina anhöriga. Gunnars (1999) och Milberg (2008) visade emellertid att de anhöriga ville vara delaktiga i patienternas vård oavsett hur sjukdomstillståndet yttrade sig. Detta för att omvårdnaden av patienterna var en del i att lättare kunna hantera det kommande sorgearbetet för de anhöriga. Eriksson (2002) menade att kärleken hjälper människan övervinna det onda, men för att kunna göra det krävdes att man som människa vågade ta emot kärleken. I detta sammanhang tolkar vi kärleken som hjälp. Patienterna vågade inte ta emot hjälpen från andra, då de inte hade lärt sig det och var därför rädda för att upplevas som en belastning av sin omgivning. De nära och kära däremot såg sin erbjudna hjälp som en handling där de inte förväntade sig något tillbaka. Deras vilja att hjälpa var ett sätt för dem att uttrycka kärlek och övervinna det onda, exempelvis det stundande sorgearbetet. I situationer som dessa anser vi att vi som sjuksköterskor också kan vara ett stort stöd och en hjälp, genom att fråga patienten och anhöriga om vi kan hjälpa till med något. Vi måste också påminna dem om att vi finns tillhands för dem oavsett hur situationen ser ut.

## **Patienternas upplevelser av det dagliga livet**

### **Fysiska förändringar och psykiska omställningar**

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska sjuksköterskan arbeta för att undvika vårdskador. Vårdskador definieras där som en psykisk eller fysisk skada eller dödsfall hos en patient, inom vården, som hade kunnat undvikas. Nightingale (1924/1954) menade att en god omvårdnad förhindrade symtom och främjade patienternas hälsa. Hon definierade hälsa som frånvaro av sjukdom och en möjlighet att nyttja både inre och yttre resurser. Enligt Willman (2009) är sjuksköterskans uppgift idag att identifiera och förebygga hälsorisker och se till det friska hos alla patienter. Genom att se det individuella kan sjuksköterskan identifiera patienternas resurser och på så sätt få reda på hur hon kan hjälpa patienterna utefter deras behov. Detta medför att hälsa främjas och ohälsa förebyggs.

Henoch et al. (2007) har visat att livskvaliteten försämras efter en lungcancerdiagnos.

Däremot visade Nystrand (2003) att livskvaliteten kunde förbättras om personalen gav ett bra bemötande, där ett bra bemötande innebar att patienterna sågs som enskilda individer istället för lungcancersjuka patienter.

## **Patienternas upplevelser av skam och skuldkänslor samt utanförskap**

### **Skam och skuldkänslor**

Chapple et al. (2004) beskrev att anhöriga kände en osäkerhet i möten med patienterna, vilket ledde till att de undvek kontakt. Detta förklarades även av Milberg (2008) som menade att anhöriga undvek kontakt på grund av osäkerhet i bemötandet av den sjuke. I och med detta upplevde patienterna en känsla av förlust (McCarthy & Dowling, 2009) där förlusten av det sociala livet, uppfattades som svår (Milberg, 2008). Rökare klandrade också ofta sig själva när de drabbades av en lungcancersjukdom och kände att de inte hade rätt till samma vård som icke-rökare som hade drabbats av lungcancer (Almås, Bakkelund, Thorsen & Dichmann Sorknæs, 2011).

### **Utanförskap**

Många patienter upplevde att de förlorade kontakt med vänner och familj, vilket ledde till att de kände ett utanförskap (Chapple et al., 2004). Eriksson (2002) menade att för att uppnå hälsa behöver patienterna ha en känsla av sammanhang, Detta kopplar vi till att vara en del av exempelvis en familj. Då patienterna inte upplever sammanhang kan de inte uppnå hälsa enligt Erikssons (2002) definition. Vi tror därför att Erikssons definition av hälsa kan förklara varför patienterna ansåg att de förlorade meningen med sin vardag.

## **Patienternas upplevelser av att veta att de snart ska dö**

### **Betydelsen av att leva i nuet och hopp om framtiden**

En del patienter kände hopp om att bli friskförklarade en dag, dock inte alla (Berterö et al., 2008). Hopp i livets slutskede handlade i första hand om att för några timmar eller en dag få känna sig bättre (Milberg, 2008), men även att få sova en hel natt, få komma hem en gång till eller att få träffa sina närstående en sista gång (Brattgård, 2008). Patienterna ville också att personalen skulle sprida hopp (Thor, 1989) men vad som gav hopp och vad hopp innebar varierade från patient till patient (Milberg, 2008; Thor, 1989). Hopp var enligt Willman (2009) en förutsättning för att uppnå hälsa och därför borde sjuksköterskan förmedla hopp till patienterna (Willman, 2009). Eriksson (2002) ansåg att hopp innebar att inte ge upp och att se ljus på framtiden. Hoppet är också starkt sammanlänkat med tron som enligt Eriksson (2002) innebär en strävan mot ett mål och ett sätt att leva. Vi anser att det är viktigt att kunna förmedla hopp och tro till patienterna. Dock måste man som sjuksköterska enligt oss ha i åtanke att hopp och tro inte enbart berör att bli frisk en dag, utan hopp och tro är, för oss,



individuellt. Det är enligt Nightingale (1924/1954) sjuksköterskans uppgift att se de individuella behoven hos varje patient samt att dokumentera observationer och omvårdnadsåtgärder så att annan personal kan ge likvärdig omvårdnad. Enligt föreskriften om Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) ska de åtgärder som genomförts dokumenteras i journalerna på ett sakligt och kortfattat sätt. Detta för att resultat och kvaliteten av vården ska kunna bedömmas vid ett senare tillfälle.

Berterö et al. (2008) beskrev att det fanns patienter som inte var redo att dö då det fanns en rädsla för att lämna sina nära och kära. De upplevde även att de inte hunnit med att göra allt i livet som de ville och önskade. Även Milberg (2008) kom fram till att det var vanligt att patienterna i livets slutskede inte kände sig redo för att dö.

### **Rädsla för döden**

Förutom rädslan att lämna sina nära och kära fanns dessutom rädslan för vad som skulle ske efter döden (Milberg, 2008). Utöver detta fanns även en ovisshet om hur och när döden skulle ske (McCarthy & Dowling, 2009). Ovissheten kring döden ledde till både rädsla och ångest. Detta skapade mycket tankar hos patienterna, som till exempel ”Var detta allt?” ”Vad är meningen med livet?” (Albinsson & Strang, 2008). Många förväntade sig att äldre skulle vara redo att dö, då de ansågs ha levt sitt liv. Detta medförde att de äldre patienterna fick hantera sina funderingar och sin oro inför döden på egen hand (Jakobsson, Andersson & Öhlén, 2009).

## **SLUTSATS**

Lungcancer är en vanlig och livshotande sjukdom. I Sverige ökar antal insjuknade patienter i alla åldrar. Ofta beror lungcancer på rökning, men det finns även andra orsaker. De patienter som drabbats upplevde att informationen var dålig kring lungcancer och vad som orsakar den. De upplevde skam och skuld av andra, exempelvis anhöriga eller vårdpersonal då dessa antog att patienterna orsakat lungcancer själva genom rökning. Lungcancersjukdomen bidrog också till mycket oro för patienterna samt deras anhöriga. Många tankar uppkom under sjukdomstiden, som till exempel på hur livet har varit, hur det skulle bli, vad som var viktigt och att de ville hinna med så mycket som möjligt. Trots alla tankar och oron fanns även hopp om att exempelvis en dag bli frisk eller bara få sova ostört en natt. Det fanns även en rädsla

för att dö hos vissa patienter, främst orsakad av ovissheten kring när och hur döden skulle ske och vad som skulle hända med dem efter döden.

Vi anser att denna studie kan vara en grund för hur vi som sjuksköterskor kan förhålla oss till lungcancersjuka patienter. Vi ska samtidigt vara medvetna om att patienternas upplevelser av sin lungcancersjukdom kan skilja sig åt och det är därför viktigt att vi individanpassar vården och ser till varje patients unika behov. Vi tror även att denna studie skulle kunna hjälpa oss att skapa ett förhållningssätt inte enbart till en lungcancersjuk patient, utan även till andra patienter som lever med en obotlig eller livshotande sjukdom.

## **FORTSATT FORSKNING**

Under de senaste fem åren har en ökning av rökning skett bland ungdomar, framför allt hos tjejer. Ungefär 40 % av tjejerna i gymnasieålder uppger att de är rökare. Statistiken visar också att cirka 50 ungdomar börjar röka varje dag, vilket innebär mer än 17000 ungdomar per år (Lorén, 2009). Då vi läste detta ställde vi oss frågan varför dessa siffror är så höga då vi upplever att det finns mycket information om rökningens negativa effekter. Anti-rökkampanjer, varningstexterna på cigarettpaketet och rökförbud på offentliga platser är exempel på detta. Vi anser därför att ett förslag på fortsatt forskning skulle kunna inriktas på varför människor idag börjar röka och vad som skulle kunna förhindra detta. Det finns säkert många olika aspekter på varför människor idag börjar röka. Kan det kanske bero på gruppträck? För lite information eller kanske felinriktad information? Orsakas det av en tonårsrevolt mot föräldrarna? Eller är det idag fortfarande socialt accepterat att röka? Och har människor en tro att lungcancer drabbar andra, men inte mig?

## REFERENSER

Albinsson, L. & Strang, P. (2008). Ångest och depression i palliativ vård. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Almås, H., Bakkellund, J., Thorsen, B.H., Dichmann Sorknæs, A. (2011). Omvårdnad vid lungsjukdomar. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk omvårdnad, del 1*. Stockholm: Liber AB.

Asp, M. & Ekstedt, M. (2009). Trötthet, vila och sömn. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

Axelsson, B. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Berterö, C., Vanhanen, M., & Appelin, G. (2008). Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. *Acta Oncologica*, 47, 862-869.

Birgegård, G. (2008). Samtalskonst. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Birgegård, G. & Glimelius, B. (1991). *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur AB.

Brattgård, D. (2008). Om konsten att dö- etiska aspekter. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Broberger, E., Tishelman, C., von Essen, L., Doukkali, E., & Sprangers, M.A.G. (2007). Spontaneous reports of most distressing concerns in patients with inoperable lung cancer: At present, in retrospect and in comparison with EORTC-QLQ-C30+LC13. *Quality of Life Research*, 16, 1635-1645.

Edqvist, L. (2010). Lungcancer. *Cancersjukdomar*.

[Elektronisk]. Tillgänglig:

<<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Lungcancer/>> Hämtad 2012-01-17

Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friedrichsen, M. (2008). Att erhålla besked vid obotbar cancer- patientens uppfattning. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Griph, H., & Ström, K. (2007). Lungornas och lungsäckarnas sjukdomar. I N. Grefberg & L-G. Johansson (Red.). *Medicinboken. Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

Gunnars, B. (1999). Sjuksköterskans roll. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Henoch, I., Bergman, B., & Danielson, E. (2008a). Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 709-715.

Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2007). The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4), 370-379.

Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2008b). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 86-96.

Hill, K.M., Amir, Z., Muers, M., Connolly, K., & Round, C. (2003). Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met?. *European Journal of Cancer Care*, 12, 35-45.

Hjärt- och lungsjukas riksförbund. (2010). Lungcancer. *Lungor*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <<http://www.hjart-lung.se/subpageA.asp?nodeid=33240>> Hämtad 2012-01-17

Hylen Ranhoff, A. (2008). Akut sjuka äldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber AB.

Hægerstam, G. (2007). *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur AB.

Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2009). Livets slutskede- välbefinnande och död. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur AB.

Jakobsson, E. & Lützén, K. (2009). Omvårdnad som profession och akademiskt ämne. I A. Ehrenberg & L. Wallin. *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur AB.

Johnson, M. (2010). Dying, bereavement and loss. I S.J. Redfern & F.M. Ross (Red.). *Nursing older people*. (4<sup>th</sup> ed.). London: Elsevier Churchill Livingstone.

Kristoffersen, N.J. (2006). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug. *Grundläggande omvårdnad, del 4*. Stockholm: Liber AB.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (1997). *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Leveälahti, H., Tishelman, C., & Öhlén, J. (2007). Framing the onset of lung cancer biographically: Narratives of continuity and disruption. *Psycho-Oncology*, 16, 466-473.

Lidén, E. (2009). Omvårdandens institutionella inramning. I A. Ehrenberg & L. Wallin. *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lindqvist, O. & Rasmussen, B. H. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lorén, P. (2009). *Säg nej till rökning*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <<http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Livsstilsfaktorer/Rokning/Mer-lasning/Sag-nej-till-rokning/>> Hämtad 2012-01-30

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2010). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lövgren, M., Hamberg, K., & Tishelman, C. (2010). Clock time and embodied time experienced by patients with inoperable lung cancer. *Cancer Nursing*, 33(1), 55-63.

Maitra, A., & Kumar, V. (2007). The lung. I V. Kumar, A.K. Abbas, N. Fausto & R.N. Mitchell (Red.). *Robbins Basic Pathology*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.

McCarthy, I., & Dowling, M. (2009). Living with a diagnosis of non-small cell lung cancer: Patients' lived experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(12), 579-587.

Milberg, A. (2008). Att vara svårt sjuk och döende. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Nationalencyklopedin. (2012). Västeuropa. [Elektronisk]. Tillgänglig: <<http://www.ne.se.proxy.lnu.se/lang/v%C3%A4steuropa>> Hämtad 2012-05-12

Nightingale, F. (1954). *Anteckningar om sjukvård* (E. Dillner övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings förlag (Originalarbete publicerat 1924).

Nystrand, A. (2003). *Omvårdnad*. Kristianstad: Kristianstads Boktryckeri AB.

Olsson, T. (2009). Strålbehandling. *Om cancer*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Stralbehandling/?gclid=CJ6p5e3spK4CFdAvmAod1g9GQg>> Hämtad 2012-02-17

Simonsson, B.G. (1982). Lungtumörer. I B.G. Simonsson (Red.). *Lungsjukdomar*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Socialstyrelsen. (2005). *Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)> Hämtad 2012-02-28

Svanström, L. (2003). *Sjukdomslära*. Lund: Studentlitteratur AB.

Svensk författningssamling. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (SFS 1982:763). [Elektronisk]. Tillgänglig: <[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763)> Hämtad 2012-02-24

Svensk författningssamling. *Informationshantering och journalföring i hälso-och sjukvården*. (SOSFS 2008:14). [Elektronisk]. Tillgänglig: <[http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14/Documents/2008\\_14.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14/Documents/2008_14.pdf)> Hämtad 2012-02-28

Svensk författningssamling. *Patientsäkerhetslagen*. (SFS 2010:659). [Elektronisk]. Tillgänglig: <[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/?bet=2010:659](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659)> Hämtad 2012-02-24

Thor, T. (1989). *Omvårdnad av cancersjuka*. Stockholm: Svensk sjukhusförening.

Tod, A. M., Craven, J., & Allmark, P. (2008). Diagnostic delay in lung cancer: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 336-343.

Turner, N.J., Muers, M.F., Haward, R.A., & Mulley, G.P. (2006). Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 707-713.

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.).  
*Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur AB.



## BILAGOR

### Bilaga 1- Sökstrategi

Cinahl – genomsökt 2012-01-30

Nummer	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar i studien
1	(MH "Lung neoplasms"+)	8647	0	0	0	0
2	(MH "Lung neoplasms"+/PF)	270	0	0	0	0
3	Lung neoplasms	8059	0	0	0	0
4	(MH "Attitude to illness"+)	12384	0	0	0	0
5	Experie*	141196				
6	Quality of life	30317	0	0	0	0
	1 AND 4	44	32	12	6	1
	3 AND 5	476	0	0	0	0
	2 AND 5	61	50	15	8	3
	1 AND 4 AND 5	9	9	5	3	1
	2 AND 6	73	58	21	0	0

**PubMed- genomsökt 2012-01-31**

Nummer	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar i studien
1	(MH "Lung neoplasms")	150965	0	0	0	0
2	Lung neoplasms	183720	0	0	0	0
3	(MH "Attitude to illness")	0	0	0	0	0
4	Attitude to illness	14509	0	0	0	0
5	Experie*	637615	0	0	0	0
	2 AND 4	78	49	11	7	4
	2 AND 5	7889	0	0	0	0
	2 AND 4 AND 5	25	15	6	5	2

**PsycINFO- genomsökt 2012-01-31**

Nummer	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar i studien
1	(MH "Lung neoplasms")	0	0	0	0	0
2	Lung neoplasms	94	0	0	0	0
3	(MH "Lung cancer")	0	0	0	0	0
4	Lung cancer	1504	0	0	0	0
5	(MH "Attitude to illness")	0	0	0	0	0
6	Attitude to illness	6226	0	0	0	0
7	(MH "Experience")	0	0	0	0	0
8	Experie*	398022	0	0	0	0
	2 OR 4	1568	0	0	0	0
	2 OR 4 AND 6	19	7	1	1	0
	2 OR 4 AND 8	240	163	32	18	8

MH: Förkortning för databasernas MeSH-termer, som innebär databasernas specifika sökord för ett visst ämne.

+: Innebär att funktionen "explode" har använts för att alla artiklar inom ett område ska inkluderas i databaserna.

PF: Förkortning för Psychosocial Factors i databasen Cinahl.

\*: Trunkering av ord för att få större bredd på sökningen.

**Bilaga 2 – Artikelmatris**

<b>Nummer</b>	<b>Författare, År, Land</b>	<b>Titel, Tidsskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
1.	Berterö, Vanhanen & Appelin. Sverige, 2008.	Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. <i>Acta Oncologica.</i>	Beskriva patienters upplevelser av hur lungcancer påverkar deras livssituation och livskvalitet.	Kvalitativ studie. Fenomenologisk. Halvstrukturerade intervjuer samt skattning av livskvalitet. 23 deltagare, män och kvinnor, 36-86 år.	Patienterna upplevde skam och skuld, rädsla inför döden och oro inför sjukdom och anhöriga. Ville leva som vanligt och hoppades att bot skulle hittas.	Hög kvalitet.

2.	Broberger, Tishelman, von Essen, Doukkali & Sprangers. Sverige, 2007.	Spontaneous reports of most distressing concerns in patients with inoperable lung cancer: at present, in retrospect and in comparison with EORTC_QLQ_C30+LC13. <i>Quality of Life Research.</i>	Undersöka vad patienter med inoperabel lungcancer spontant rapporterar som mest stressande/oroande och hur dessa orosmoment/funderingar förändras över tid och retrospektivt och jämföra detta med EORT-QLQ-C30+LC13.	Kvantitativ studie. Jämförelse mellan intervjuer och frågeformuläret EORTC-QLQ_C30+LC13. 46 patienter, män och kvinnor, 48-95 år.	Trötthet, smärta och dyspné var de områden som skattades högst av patienterna.	Hög kvalitet.
3.	Chapple, Ziebland & McPherson. Storbritannien, 2004.	Stigma, shame and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. <i>BMJ.</i>	Undersöka lungcancerpatienters uppfattningar och erfarenheter av stigmatisering.	Kvalitativ studie. Intervjuer. 45 deltagare, män och kvinnor mellan 40-90 år.	Patienternas upplevelser av utanförskap från allmänheten, vänner och familj. Samt skuldbeläggning från både sig själva och vårdpersonal för att ha orsakat lungcancer.	Hög kvalitet.

4.	Henoch, Bergman & Danielsson. Sverige, 2008.	Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. <i>Psycho-Oncology.</i>	Beskriva lungcancerpatienters upplevels av dyspné och deras strategier för att hantera den.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys. Semi-strukturerade intervjuer. 20 deltagare, män och kvinnor, 56-79 år.	Upplevelsen av dyspné i förhållande till lungcancer, med bland annat tankar på döden, fysiska symtom och hopp om framtiden.	Hög kvalitet.
5.	Henoch, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson & Danielson. Sverige, 2008.	Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. <i>European Journal of Oncology Nursing.</i>	Beskriva patienters upplevelser av dyspné och utforska dyspnéns relation till andra symtom.	Kvantitativ. Deskriptiv longitudinell studie. Använde frågeformulären EORTC-QLQ-LC13, VAS-D, CDS. 105 deltagare, män och kvinnor mellan 36-85 år.	Patienters upplevelse av dyspné och relaterade faktorer.	Hög kvalitet.
6.	Henoch, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson & Danielson. Sverige, 2007.	The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. <i>Journal of Pain and Symptom Management.</i>	Utreda hur lungcancerpatienters livskvalitet över tid i en palliativ miljö och att besluta hur livskvaliteten influeras av symtom, anpassningsförmåga och socialt stöd.	Kvantitativ studie. Frågeformulär (SOC-13, SSS, AQEL, CDS, HADS och VAS-D) och journalanteckningar. 105 deltagare, män och kvinnor mellan 36-85 år	Upplevelsen av symtom och livskvalitet förändras med tiden. Depression och anpassningsförmåga är faktorer som kan påverka livskvaliteten.	Hög kvalitet.

7.	Hill, Amir, Muers, Connolly & Round. Storbritannien, 2003.	Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met? <i>European Journal of Cancer Care.</i>	Utforska lungcancerpatienters oro strax efter diagnos och utvärdera om sjukvården har diskuterat dessa orosmoment med patienten.	Kvantitativ studie. Använde frågeformuläret Concerns checklist. 80 deltagare, män och kvinnor mellan 36-84 år.	Patienternas oro (de områden som skattades högst): Oro om sjukdomen, framtiden realiterat till sjukdomen, oro för familjen.	Hög kvalitet.
8.	Leveälahti, Tishelman & Öhlén. Sverige, 2007.	Framing the onset of lung cancer biographically: Narratives of continuity and disruption. <i>Psycho-Oncology.</i>	Utforska hur människor med inoperabel lungcancer upplever uppkomsten av sjukdomen.	Kvalitativ studie. Semi-strukturerade narrativa intervjuer. 37 deltagare, män och kvinnor mellan 48-86 år.	Enligt patienter ej möjligt att få lungcancer med en hälsosam livsstil. Deras upplevelser av att få och leva med lungcancer.	Medel kvalitet.

9.	Lövgren, Hamberg & Tishelman. Sverige, 2010.	Clock time and embodied time experienced by patients with inoperable lung cancer. <i>Cancer nursing.</i>	Utforska hur patienter med inoperabel lungcancer upplever sin tid.	Kvalitativ studie. Strukturerade intervjuer. 53 deltagare, män och kvinnor mellan 48-85 år.	Tiden ansågs bli mer värdefull efter diagnos. Långa väntetider och dålig information gav oro. Patienterna utvecklade olika hanteringsstrategier för att hantera lungcancer.	Medel kvalitet.
10.	McCarthy & Dowling. Irland, 2009.	Living with a diagnosis of non- small cell lung cancer: Patients' lived experiences. <i>International Journal of Palliative Nursing.</i>	Utforska patienters upplevelser av att leva med icke-småcellig lungcancer.	Kvalitativ studie. Fenomenologisk. Ostrukturerade intervjuer. 6 stycken deltagare, män och kvinnor, 52-74 år.	Ville leva ett så normalt liv som möjligt och önskade att de inte skulle bli en börda för sina nära och kära. Rädsla för hur och när döden ska ske.	Medel kvalitet.
11.	Tod, Craven & Allmark. Storbritannien, 2008.	Diagnostic delay in lung cancer: A qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing.</i>	Identifiera faktorer som påverkar fördröjning i rapporteringen av symptom på lungcancer.	Kvalitativ. Semi- strukturerade intervjuer. 20 deltagare, män och kvinnor mellan 47-81 år.	Patienter drar sig för att söka vård för sina symtom, dels på grund av okunskap kring lungcancer dels kring rädsla av att felaktigt bli anklagad för något de inte är.	Medel kvalitet.



12.	Turner, Muers, Haward & Mulley. Storbritannien, 2007.	Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer. <i>Psycho- Oncology.</i>	Undersöka psykologisk stress och oro hos äldre lungcancerpatienter som behandlas palliativt med strålning.	Kvantitativ studie. Frågeformulär (HADS, Concerns Checklist, EORTC-QLQ-C30+LC17). 83 deltagare. Män och kvinnor under 65 år eller över 75 år.	Depression och oro före och efter genomgången behandling. Jämfört mellan två grupper.	Medel kvalitet.
-----	---	---	--	---	---	-----------------

AQEL: Assessment of Quality of Life at the End of Life. Mäter hälsorelaterad livskvalitet vid vård i livets slutskede.

CDS: Cancer Dyspnea Scale. Mäter dyspnédimensioner

Concerns Checklist: Mäter oro vid sjukdom, finns bland annat anpassad för att undersöka oro vid cancer.

EORTC-QLQ-LC13: The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Mäter livskvaliteten hos lungcancerpatienter och aktivitetsrelaterad dyspné.

EORTC-QLQ-C30+LC13: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QL Questionnaire. Mäter livskvaliteten hos cancerpatienter.

EORTC-QLQ-C30+LC17: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QL Questionnaire. Mäter livskvaliteten hos lungcancerpatienter. Uppdaterad version av EORTC-QLQ-C30+LC13.

HADS: The Hospital Anxiety and Depression Scale. Mäter personens oro- och depressionsnivå.

SOC-13: The Sense of Coherence Questionnaire. Mäter personens möjlighet att anpassa sig till tillvaron.

SSS: The Medical Outcomes Study Social Support Survey. Mäter personens tillgänglighet till social stöd.

VAS-D: The Visual Analogue Scale for Dyspnea. Mäter dyspnéintensiteten.

## **Bilaga 3 – Checklista för kvalitativa artiklar**

### **Syftet med studien**

1. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja 1 poäng                      Nej 0 poäng

### **Undersökningsgrupp**

2. Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja 1 poäng                      Nej 0 poäng

3. Vilken urvalsmetod användes?                      Max 1 poäng

Strategiskt urval      1 poäng

Snöbollsurval          1 poäng

Teoretiskt urval      1 poäng

Annat                      1 poäng

Ej angivet                0 poäng

4. Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja 1 poäng                      Nej 0 poäng

### **Metod för datainsamling**

5. Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamlingen)?

Ja 1 poäng                      Nej 0 poäng

6. Är datainsamlingsmetoden tydligt beskriven?

Ja 1 poäng                      Nej 0 poäng

7. Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja 1 poäng                      Nej 0 poäng

### **Dataanalys**

Max 4 poäng

8. Ange om:

Teman är utvecklade som begrepp                      1 poäng

Det finns episodiskt presenterade citat                      1 poäng

De individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna 1 poäng

Svaren är kodade

1 poäng

**Resultatbeskrivning**

9. Är analys och tolkning av resultatet diskuterade?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

10. Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

11. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

12. Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

13. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

14. Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlad data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

**Utvärdering**

15. Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

16. Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

17. Har resultaten klinisk relevans?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

18. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja 1 poäng      Nej 0 poäng

19. Finns risk för bias?

Ja 0 poäng      Nej 1 poäng

Totalt max: 22 poäng

Låg = 0-60 %

Medel= 61-79%

Hög= 80-100 %

Ska artikeln inkluderas?

Ja eller nej



10. Var den statistiska analysen lämplig?

Ja 1 poäng            Nej 0 poäng

11. Erhölls signifikanta skillnader?

Ja 1 poäng            Nej 0 poäng

**Värdering**

12. Kan resultaten generaliseras till annan population?

Ja 1 poäng            Nej 0 poäng

13. Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja 1 poäng            Nej 0 poäng

Max 13 poäng

Låg = 0-60 %

Medel = 61-79%

Hög = 80-100 %