

# EXAMENSARBETE

*Hösten 2009*

*Sjuksköterskeprogrammet  
Omvårdnad, kandidatnivå*

**Faktorer som påverkar hur patienter med lungcancer  
upplever sin smärta och mötet med sjuksköterskan**

**Författare**

Zana Ahmetaj  
Laura Radu

**Handledare**

Lena Helander

**Examinator**

Vanja Berggren

# Faktorer som påverkar hur patienter med lungcancer upplever sin smärta och mötet med sjuksköterskan

Författare: Zana Ahmetaj och Laura Radu

Handledare: Lena Helander

Litteraturstudie

Datum 2010-01-26

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen och den cancerrelaterade dödsorsaken i Sverige. De flesta patienter som insjuknar i lungcancer är runt 70 år, knappt ett hundratal personer varje år insjuknar före 50-årsåldern. **Syftet:** Att beskriva faktorer som påverkar hur patienter med lungcancer upplever sin smärta och mötet med sjuksköterskan. **Metod:** En systematisk litteraturstudie genomfördes där både kvalitativa och kvantitativa artiklar granskades. **Resultat:** I resultatet visade att smärtupplevelsen och mötet med sjuksköterskan är individuell och beror på många olika faktorer. Den fysiska och psykiska smärtan hörde ihop och påverkade varandra. Patienterna upplevde att sjuksköterskornas tidsbrist kunde skapa missförstånd, att de fick bristfällig information och att deras smärta kunde underskattas. **Diskussion:** Resultatet diskuterades utifrån Travelbees omvårdnadsteori. Sjuksköterskan bör se patienten som en individ och bemöta patientens smärta med respekt, ge honom den tid, den förståelse och den information han behöver.

Nyckelord: lungcancer, smärtupplevelse, omvårdnad, sjuksköterska och kommunikation

# Factors affecting how patients with lung cancer experience their pain and meeting with the nurse

Author: Zana Ahmetaj and Laura Radu

Supervisor: Lena Helander

Literature review/Empirical study

Date 2010-01-26

## Abstract

**Background:** Lung cancer is the fifth most common form of cancer and a cancer-related cause of death in Sweden. The majority of patients suffering from lung cancer are around 70 years old, barely a hundred people each year become ill before the age of 50 years. **Purpose:** To describe the factors that affect how patients with lung cancer experience their pain and the contact with the nurse. **Method:** A systematic literature study was conducted in which both qualitative and quantitative articles were reviewed. **Conclusion:** The result showed that pain perception and the meeting with the nurse is individual and depends on many factors. The physical and mental pain went together and influenced each other. Patients felt that nurses' lack of time, could create misunderstandings, meaning that they could receive inadequate information and that their pain could be underestimated. **Discussion:** The results were discussed based on Travelbees nursing theory. The nurse should see the patient as an individual and treat his pain with respect, giving him the time, the understanding and the information he needs.

Keywords: lung cancer, pain experience, care, nurse, and communication

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Design .....	8
Urval.....	8
Datainsamling .....	9
Genomförande/Analys .....	9
Kvalitetsgranskning .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Faktorer som påverkar patientens upplevelse av smärta .....	10
Psykogena faktorer .....	10
Fysiska faktorer .....	13
Faktorer som påverkar upplevelse av mötet med sjuksköterskan .....	14
Sjuksköterskans tidsbrist .....	14
Patientens behov av information .....	15
Att möta förståelse.....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
Metoddiskussion .....	16
Resultatdiskussion.....	18
<b>REFERENSER</b> .....	

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar

## BAKGRUND

Enligt Världshälsoorganisationen(2005) har lungcancer blivit allt vanligare och dödligheten har identifierats som en viktig hälsofråga att konfrontera både .industriländer och utvecklingsländer. En studies resultat (Brennan & Bray, 2002 ) visade att lungcancer har ökat i Europa. Dödligheten i lungcancer bland män har minskat samtidigt som den stadigt ökar bland kvinnor. Ökningen bland kvinnor speglar kvinnors ändrade rökvanor sedan 1950-talet (a. a).

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen och den cancerrelaterade dödsorsaken i Sverige (Cancerfonden, 2009). De flesta patienter som insjuknar i lungcancer är runt 70 år, knappt ett hundratal personer varje år insjuknar före 50-årsåldern. Varje år behandlas ungefär 4 000 patienter i slutenvården för malign tumör i bronk eller lunga (a.a).

Lungcancer uppstår först i bronkialslemhinnan och sprider sig snabbt till närliggande lymfkörtlar. Lungcancer klassificeras i två huvudgrupper (icke-småcellig och småcellig lungcancer) beroende på celltyp. I en småcellig lungcancer uppstår tumörer från omogna stamceller. Tumörer har en tendens att tillväxa väldigt snabbt och sprida sig vid ett relativt tidigt stadium, vilket leder till metastasering. Småcellig lungcancer utgör cirka 15- 20 % av all fallen. Den icke - småcelliga lungcancer kan indelas i tre grupper: skivepitel, adenocarcinom, bronkiolo – alveolär lungcancer ( Bäcklund & Hedenstierna & Hedenström, 2000).

Den vanligaste orsaken till lungcancer är tobaksrökning som troligen ligger bakom 80-90% av fallen. Andra faktorer som i mindre utsträckning bidrar till uppkomsten av lungcancer är arbetsmiljö, till exempel vägarbetare där personen är utsatt för bilavgaser, bilarbetare och svetsare. Personer som är utsatta för passiv rökning utgör också en riskgrupp. De vanligaste symtomen på lungcancer är luftvägsinfektioner, upphostningar, andfåddhet, viktförlust och smärtor i bröst, axlar och armar (Karolinska institutet, 2008).

Den medicinska behandlingen är operation, strålbehandling och cytostatika i olika kombinationer beroende på hur långt lungcancer har utvecklats (Reitan & Schölberg, 2003). Symptomlindrande behandling är viktigt eftersom lungcancer ofta upptäcks i ett sent skede då sjukdomen inte kan botas. Exempel på detta är smärtlindring och behandling för att hålla luftvägarna öppna. Det pågår intensiv forskning kring diagnostisering och behandling av lungcancer och behandlingsmetoderna förbättras ständigt för att lindra smärta (Lungcancerföreningen, 2009). Smärta hos dessa patienter är betydelsefull att förebygga i omvårdnadsarbete eftersom smärta kan leda till negativa konsekvenser för hela kroppen för att halten av stresshormoner ökar (Hawthorn & Redmond, 1999).

Association for the Study of Pain, (IASP, 2006), har enats om en definition om smärta. Smärta är en subjektiv upplevelse och därmed unik för den enskilda individen. Psykiatern J. Cullberg (2003) beskriver att människan kan uppleva både psykisk och fysisk smärta. Den psykiska smärtan är ett själsligt lidande, medan den fysiska är en kroppslig upplevelse.

Det finns olika typer av smärta. Den kroppsliga och den fysiska smärtan delas in i olika undergrupper: nociceptiv, neurogen, idiopatisk, psykogen smärta. Neurogen smärta orsakad av skada är en konstant eller övergående störning i perifera eller centrala nervsystemet (Magnusson & Mannheimer, 2008). Den psykiska eller själsliga smärtan tillhör undergruppen psykogen smärta. Psykogen smärta är smärta som endast uppstår i vår tankevärld, där ingen somatisk orsak kan fastställas (Nystrand & Röhl, 1999).

Eftersom det finns olika typer av smärta bör sjuksköterskan ha relevant kunskap angående olika smärtyperna för att kunna tillämpa smärtlindrande åtgärder i omvårdnaden. Patienter med lungcancer har neurogen smärta, vilket innebär att de har en kontinuerlig svår smärta. Smärtan av denna karaktär svarar oftast sämre på smärtstillande läkemedel (Magnusson & Mannheimer, 2008). Werner och Strang (2003) beskriver att otillräcklig smärtbehandling leder till ett ökat lidande i form av

psykogen smärta. En lungcancer diagnos medför ofta rädsla, ångest och depression (a.a).

Socialstyrelsen har i sin kompetensbeskrivning för sjuksköterskor tagit fram rekommendationer om yrkeskunnande, kompetens, erfarenhet och förhållningsätt. Sjuksköterskan ska ha förmåga att observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd. Sjuksköterskan har också en central roll i smärtbehandlingen. Hon skall förebygga och upptäcka smärta och tolka patientens smärtsignaler samt behandla enligt givna ordinationer (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan bör hitta en balans baserad på de subjektiva och objektiva smärtupplevelserna. Vissa patienter kan vara oförmögna att uttrycka sin smärta med ord bör sjuksköterskan bör ta hänsyn till objektiva fynd. Ansiktsuttryck, sinnesrörelse och förmåga att kunna sova kan vara vitala tecken som sjuksköterskan kan observera i samband med smärtbedömningen (Hawthorn & Redmond, 1999).

Travelbee har utvecklat en omvårdnadsteori som försöker skapa förståelse för det som sker mellan sjuksköterska och patient i omvårdnadssituationen. Travelbee ser individen ur ett holistiskt perspektiv, vilket innebär att varje individ är unik, det som skiljer sig är sjukdom, lidande och förluster. De huvudsakliga begreppen som används i Travelbees omvårdnadsteori är patient, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Teorin beskriver att sjuksköterskan når sitt syfte genom att etablera en mellanmänsklig relation med patienten. Den mellanmänskliga relationen byggs upp av olika faser: det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati, ömsesidig förståelse och kontakt (Kirkevold, 2000).

Det är viktigt att som sjuksköterska komma ihåg att trots kunskap kring olika vårdformer och behandlingar så är patienten alltid expert på sin egen smärtupplevelse (Wiklund, 2003). Eriksson(2000) beskriver att patienten får kraft i mötet med sjuksköterskan. Det är därför viktigt att möta den lidande patienten på ett respektfullt sätt (a.a). För att patienten ska kunna uppleva så god omvårdnad som möjligt bör

sjuksköterskan ta reda på hur patienter med lungcancer vill bli bemötta av sjuksköterskan (Strang, 2003).

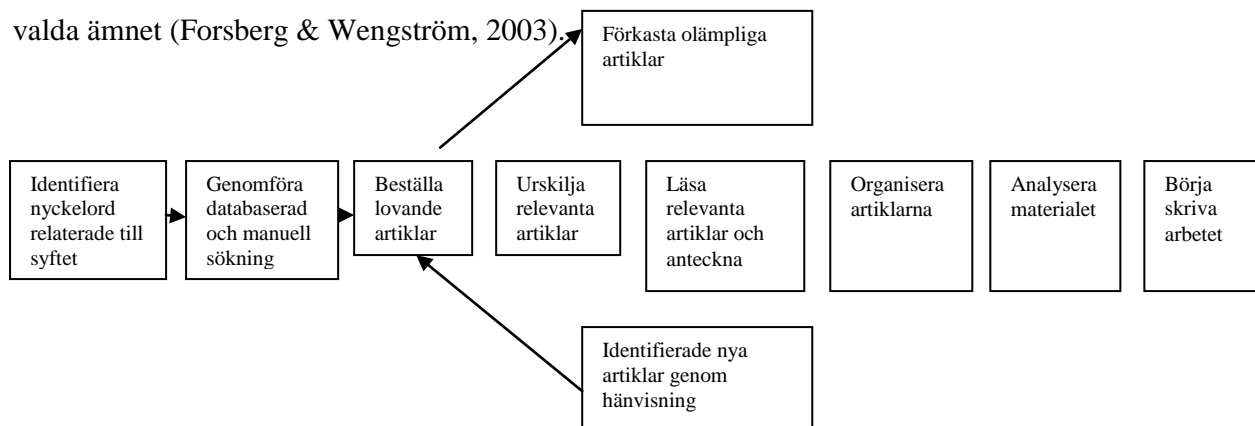
## SYFTE

Syftet var att beskriva faktorer som påverkar hur patienter med lungcancer upplever sin smärta och mötet med sjuksköterskan.

## METOD

### *Design*

Denna studie har utformats som en systematisk litteraturstudie vilket innebär att författarna systematiskt sökt, kritiskt granskat och sedan sammanställt materialet om det valda ämnet (Forsberg & Wengström, 2003).



Figur 1. Arbetsgången följde flödesschema ur Polit och Beck, 2008 (översättning av författarna).

### *Urval*

Urvalet baserades på studiens problematik. Inklusionskriterierna som användes var artiklar skrivna på engelska och svenska. Likaså inkluderades artiklar från Europa, USA, Canada, Japan och Australien. Artiklarna fick vara mellan år 1999- 2009 och patienterna skulle vara 45 år och uppåt. Exklusionskriterierna var barn, ungdomar och andra specifika sjukdomstillstånd i samband med cancersjukdom (Friberg, 2006). Artiklarna valdes utifrån titel och abstrakt som indikerade att innehållet svarade på studiens syfte. De artiklar som inte svarade på syftet förkastades (a.a).



### *Datainsamling*

Artiklarna som användes i studien söktes i databaserna Pub Med, Cinahl, Academic Search Elite och ScienceDirekt med sökorden: nursing, care, lung cancer, pain experience, patient experience, patient perspective, physical pain, psychological pain, suffering, nurse or nurses, caregiver, communication och management. Sökorden kombinerades på olika sätt för att få fram relevant material till litteraturstudien (se bilaga 1). Sökningen resulterade i tolv artiklar (se bilaga 2). Genom manuell sökning hittade tre artiklar som sedan användes i resultatet. De utvalda artiklarna skrevs ut i fulltext och en beställdes.

### *Genomförande/Analys*

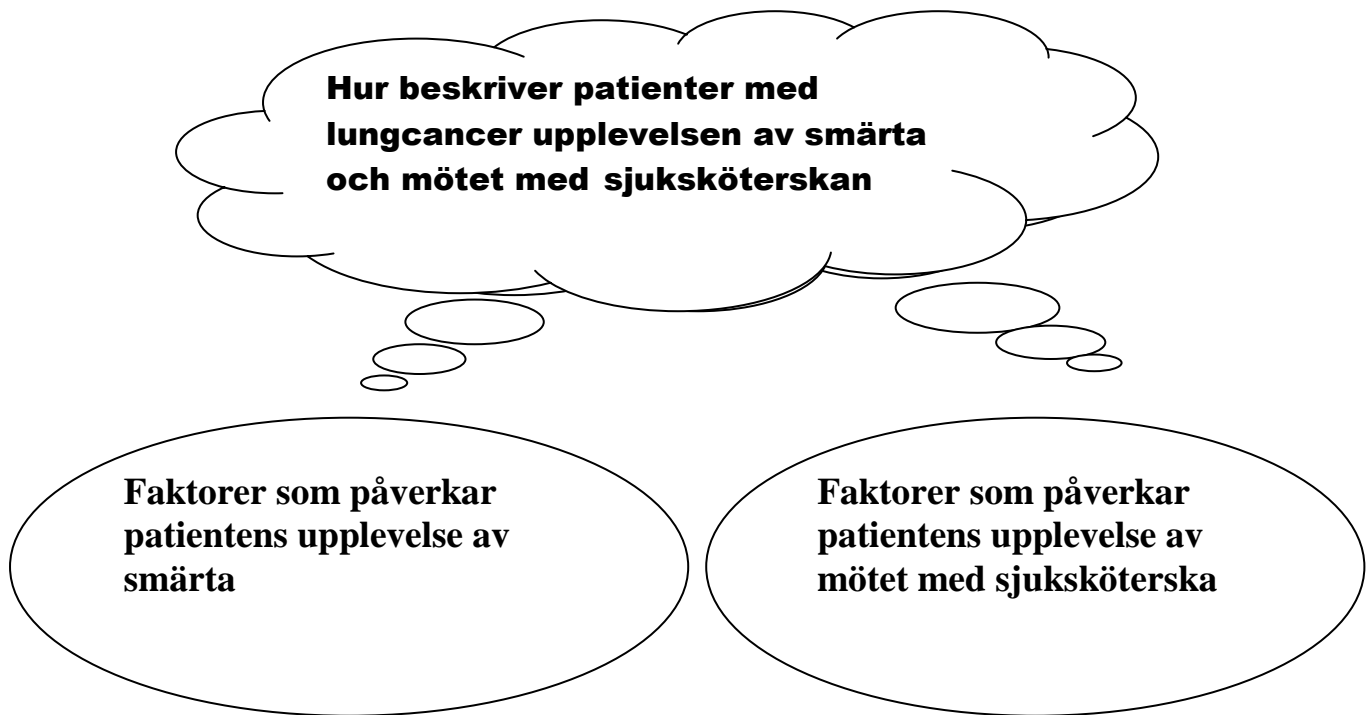
Analysen av artiklarnas resultat gjordes enligt Fribergs (2006) rekommendationer. Artiklarna lästes igenom var för sig flera gånger för att få en uppfattning om vad de handlade om. Därefter diskuterade författarna för att se helheten och minska risken för missuppfattningar av innehållet. Artiklarna lästes sedan igenom ytterligare några gånger för att söka likheter respektive skillnader i blandade faktorer som skulle undersökas enligt syftet. Faktorerna sorterades utifrån vad de handlade om och organiserades därefter i kategorier. Utifrån framkomna kategorier lästes artiklarna igen och de olika delarna i varje resultat passades in under respektive kategori. Subkategorier växte fram under arbetets gång. Det resulterade slutligen i två huvudkategorier och fem subkategorier.

### *Kvalitetsgranskning*

För att bedöma artiklarnas kvalitet användes en modifierad granskningsmall (bilaga 3), inspirerad av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Bedömningsmallen bestod av frågor med svar i form av ”Ja”, ”Nej” samt ”Vet ej”. Varje positiv svar gav en poäng. Vid poängsättning mellan 0- 10 värderades artikeln till att vara av låg kvalitet, medan 11- 15 poäng ansågs vara av medel kvalitet och 16 – 20 poäng var av hög kvalitet. Kvalitetsgranskningen resulterade i att tre studier var av hög kvalitet, åtta studier var av medel kvalitet, och en studie av låg kvalitet.

## RESULTAT

I analysen av studiernas resultat framkom två huvudkategorier som speglade studiens syfte. Kategorierna var följande: faktorer som påverkar patientens upplevelse av smärta och faktorer som påverkar patientens upplevelse av mötet med sjuksköterskan.



Figur 2. Översikt över huvudkategorier inspirerad av Friberg( 2006 ).

Faktorer som påverkar patientens upplevelse av smärta blev subkategoriserad i psykisk smärta och fysisk smärta. Den andra huvudkategorin blev subkategoriserad i sjuksköterskans tidsbrist, patientens behov av information och att möta förståelse.

### *Faktorer som påverkar patientens upplevelse av smärta*

#### **Psykogena faktorer**

En studies resultat (Hoffman et al, 2007) visades att de flesta patienter upplevde lungcancerbeskedet som en chock. Chocken framkallade känslor av ångest, oro, skuld-känslor och trötthet, vilket kunde leda till depression. En del av deltagarna hade svårt att acceptera cancerbeskedet medan andra uttryckte att de behövde bearbeta den psykiska krisen i cancerbeskedet (a a). Studier gjorda av (Fitch & Steele, 2008;

Bertereö, et al 2007) beskrev att patienter med lungcancer hade tre gånger så stor risk (jämfördes med andra cancersjuka patienter ) att utveckla depression på grund av skuldkänslan eftersom de rökt. Deras psykiska välmående försämrades efter diagnosen. Själsliga smärtan direkt efter diagnosen hindrade patienterna att leva ett normalt liv. Psykiska obehag upplevdes i olika sammanhang som panik, hopplöshet, ilska och rädsla att dö. Patienterna upplevde känslor av skuld och skam för att de själva hade orsakat sjukdomen på grund av rökning. En del patienter slutade röka direkt efter lungcancer diagnosen. Andra ville inte sluta eftersom de tänkte att de kommer att dö förr eller senare. Samma studier visade att patienter med lungcancer upplevde att de inte hade någon att prata eller dela sina tankar med. Tankar om framtiden, vad sjukdomen skulle leda till och behandlingens eventuella förändringar upplevdes som stressande . Rädsla för det okända ökade den sociala isoleringen. En patient beskrev att han hade svårt att berätta om sin sjukdom eftersom han skämdes, och han trodde att omgivningen såg ner på honom (a a).

Resultatet i studien av (Murray et al, 2002) visade att vissa patienter med lungcancer hade dödsönskningar . Patienter med lungcancer beskrev att deras liv var meningslöst, de ville bara dö. En patient beskrev att döden kändes närvarande och att slutet av tunneln sågs. Patienterna funderade ibland på självmord och avundades de döda (a a). En del patienter upplevde döden som ett ständigt hot (a a). I samma studie berättade en patient för en sjuksköterska

*'' när jag berättar för mina vänner att jag har fått lungcancer'' svarar de 'jag trodde aldrig att det var sant'', '' Vännernas reaktioner och deras frågor irriterar mig därför vill jag vara ensam''*

( Murray et al, 2002, s 3).

Resultatet i (Kitely & Fitch, 2006) tydde på att patienternas trötthet och ångest hade ett samband med andningssvårigheter. Flertalet känslor rapporterades att trötthet och ångest bidrog till symptom som att hålla på att kvävas, hjärklappning, ilska, skuld, panik och en känsla av att vara närmare döden (a a). Medan resultatet i (Ekfors & Petersson, 2004) beskrev att ångest hade ett samband med aptit. Aptiten var ett

gemensamt problem eftersom vanor hade förändrats. Enligt en patient med lungcancer som kom från samma studie uttryckte sig

*” Jag vill inte bjuda hem människor och visa hur illa jag äter”*

( Ekfors & Petersson, 2004, s 332).

Trots allt försökte patienterna dölja sin ångest och trötthet. Patienterna låtsades att de hade accepterat situationen som den var och försökte leva som vanligt (a a).

Liknande resultat redogjordes i (Hoffman et al, 2007) som påpekade att trötthet är det mest frekventa symtomen. En patient upplevde att trötthet och smärta tar över hennes handlingar och hennes liv. Under vissa perioder var hon mycket fysiskt utmattad och kunde inte gå av egen kraft (a a). Enligt Hoffman et al (2007) visade att patienter med lungcancer hade koncentrationssvårigheter som var orsakad av ångest. Patienter uttryckte att de inte kan läsa och titta på tv på grund av koncentrationssvårigheten.

Resultatet i en annan studie (Okuyama et al, 2001) tydde på att symptom som ångest, trötthet, sömnlöshet, andningssvårigheter, aptitlöshet och dyspne förändrade det dagliga livet. Samma studies resultat betonade att patienter med lungcancer beskrev att ångest och trötthet hade stört fysiska aktiviteter t.ex. promenader eller hushållsarbete men hade också påverkat deras humör och förmåga att njuta av livet. En patient kände en väldig trötthet. Det var ingen fysisk trötthet och ingen trötthet som gick att villa bort. Patienten med lungcancer uttryckte det som en trötthet som sitter inne i kroppen, i bröstet. Självtrodde patienten att detta kunde ha ett samband med depression (a a).

Resultatet i studien (Murray et al, 2002) påpekade att patienter med lungcancer var särskilt benägna att uppleva hög ångest. Några patienter tänkte

*” Hur länge kommer jag att leva”*

( Murray et al, 2002, s 4 )

## **Fysiska faktorer**

Studiens resultat (O'Driscoll et al, 1999 ) visade smärtupplevelsen hos patienter med lungcancer några månader efter diagnosen. Det framkom att patienter hade fått en successiv ökning av den fysiska smärtan samtidigt som den psykiska smärtan hade sjunkit gradvis. Smärta hos patienter med lungcancer var ett av de tre plågsamma symtomen. Ångest och trötthet var dominanta emotionella faktorer som påverkade den fysiska smärtans intensitet (a a). I samma studie beskrev några deltagare smärtan som ett elände och pekade på ett område på bröstet där smärtan var värst. Patienterna ville inte leva vidare om smärta skulle fortsätta så här (a a).

En studies resultat (Kiteley & Fitch, 2006) beskrev att patienter med lungcancer kunde uppleva smärta från en speciell kroppspunkt till exempel en patient med lungcancer berättade för sjuksköterskan att han hade ont i örat. En annan patient beskrev att han hade ont under armen upp mot nacken. En annan studie (Ekfors & Peterson, 2004) visade att patienter hade funderingar om symptomet trötthet kom på grund av smärta. I samma studie beskrev två deltagare att de upplevde även magsmärter. Patienter beskrev också att de upplevde smärta vid kroppslig ansträngning. Då började patienterna använda sina egna strategier för att undvika smärta. En patient sa:

*''jag bryr mig inte om jag är orakad. Jag undviker ansträngningar på grund av smärtan''.*

( Ekfors & Petersson, 2004, s 332).

Patienter beskrev också att smärtans karaktär förvärrades vid nysningar och hostningar. I samma studie beskrev patienter att smärtan var den värsta symptomen. En patient sa så här till en sjuksköterska

*'' Nu har jag den värsta smärtan, som i princip håller mig vaken hela dagen och natten''*

( Ekfors & Petersson, 2004, s 331).

Resultatet i studien (Wilkie et al, 2001) visade att patienter med lungcancer beskrev sin fysiska smärta med mycket hög intensitet till exempel: brännande, molande, skärande, plågsam och kvävande. Metaforiska uttryck var något som mycket frekvent användes av patienter med lungcancer som ombetts att berätta om sin smärtupplevelse till exempel: det känns som om hela min kropp brinner. I samma studie fick patienterna möjlighet att använda Lung Cancer Etiology Tool (LCET), den innebär att patienterna kunde kryssa var på kroppen patienterna hade ont på. Patienterna med lungcancer hade den värsta smärtan på mitten av bröstet, växelvis höger och vänster sida på bröstet (a.a).

I en annan studies resultat (Stephenson et al, 2000) mättes smärtans subjektiva upplevelse med hjälp av VAS- skalan ( Visuell Analog Skala), där patienterna fick gradera sin smärtanivå före och efter fotmassagen. Fot-reflexologi en form av fot massage hade testat på patienter med lungcancer. Det visade att fot-reflexologin hade en signifikant minskning av smärtan (a.a).

### *Faktorer som påverkar upplevelse av mötet med sjuksköterskan*

#### **Sjuksköterskans tidsbrist**

I studiens resultat (Boström et al, 2004) framkom att bemötandet som sjuksköterskan gav patienten bidrog till hur patienten upplevde sin omvårdnad. Patienterna med lungcancer upplevde att sjuksköterskorna hade lite tid för sina patienter för att det var för mycket att göra, men också för att de prioriterade konkreta arbetsuppgifter. Detta påverkade patienten på ett negativt sätt. En patient uttryckte att det inte krävdes så mycket tid av sjuksköterskan för att bli bekräftad. Det räckte bara med en liten stund att sjuksköterskan gick in och frågade hur han mädde. Den korta stunden gjorde att patienten fick uppleva mindre rädsla, ångest och oro. En senare studie (Berterö et al, 2007) påpekade att patienter ville att sjuksköterskorna skulle sätta sig ner och prata om sin smärtproblematik men det var svårt att kräva tid för detta, tyckte patienterna. Samma studie beskrev att patienterna önskade att sjuksköterskan skulle utgå ifrån patientens egna upplevelser och erfarenheter och bemöta dessa med respekt och allvar (a.a).

## **Patientens behov av information**

I studiens resultat (Yardley et al, 2001) bekräftade att informationsbehovet kunde variera från patient till patient och även förändras över tiden. Det fanns patienter som ville ha så mycket information som möjligt, oavsett om det är bra eller dåliga nyheter. Andra patienter önskade ingen information eftersom de var rädda för dåliga nyheter. De ansåg att sådan information skulle öka deras ångest. Patienter upplevde att information är viktigt före beslut om behandlingar till exempel ville patienter ha information angående bronkoskopi: hur lång tid det tar? eller gör det ont? Patienterna poängterade gång på gång hur viktigt det var för dem att få information som kändes individuellt anpassad, att informationen förmedlades enskilt i en lugn och avskild miljö. En annan patient ville att sjuksköterskan skulle informera patientens familj. Patienten uttryckte att han inte kunde berätta för sina döttrar om diagnosen eftersom det gjorde ont i själen( a.a).

*” Jag gråter hela dagen och undrar hur jag ska berätta för mina döttrar”*

( Yardley et al, 2001, s 383 ).

En patient i Yardley et al (2001) tyckte att sjuksköterskan bör vara omtänksam i hans familj. Det gjorde att patienten kände sig tryggare och lugnare. I samma studie framkom att under vårdtiden när patienterna låg på VAS skalan nio eller tio önskade patienterna närhet och samtal med sjuksköterskan. Eftersom de ansåg att det psykiska stödet blev bättre och var en viktig del av vården (a.a). Yardley et al ( 2001) betonade att patienter med lungcancer upplevde att bra kommunikation och kontinuerligt flöde av information kan minska ångest, ilska och förbättra förtroendet. En kvinnlig patient fick ångest och blev orolig på grund av bristfällig förklaring angående sin diagnos. Patienten berättade för en sjuksköterska:

*Läkaren tittade på mig och sa ”det är bra att du vet vad du har” och jag sa ”ja, en tumör” och läkaren sa ”nej det är cancer, det är en tumör men det är cancer”*

( Yardley et al, 2001, s 383)

## **Att möta förståelse**

Resultatet (Boström et al, 2004) visade att de flesta patienter upplevde att samtal ibland var onödigt och att den tysta kommunikationen som kroppsspråket utgör var tillräckligt för att känna trygghet i mötet. När väl kommunikation mellan patient och sjuksköterska fungerade, upplevde patienterna att sjuksköterskan fick en ökad förståelse för deras smärtupplevelser och för de problem som kunde komma därmed. I samma studie tyckte patienterna att sjuksköterskan ska vara här och nu i sin kommunikation och lyhörd för att både lyssna och svara. Patienterna önskade en öppen och ärlig dialog med sjuksköterskan om sin smärtproblematik och smärtlindringsmetoder. De uttryckte att sjuksköterskornas förståelse för smärtan var en viktig del i omvårdnaden. En del av patienter hade upplevt att de inte blivit trodda när de klagade på sin smärta. Vissa patienter beskrev att de upplevde starkare smärta än vad sjuksköterskorna värderade den som (a.a). I en engelsk studie gjord av Yardeleys et al (2001) upplevde patienter smärta som en del av sjukdomen. Samtidigt uttryckte patienterna den rädslan för att smärtan skulle leda till ett mer fortskridande sjukdomsförlopp. Boström et al (2004) det framkom att patienter upplevde bristande instruktioner om smärthantering. Patienterna upplevde att de saknade kunskap om möjliga behandlingsalternativ (a.a).

## **DISKUSSION**

### *Metoddiskussion*

Studien genomfördes som en litteraturstudie där redan bearbetat material har använts. Artiklarna i litteraturstudien var både kvalitativa (n = 8) och kvantitativa (n = 4 ). Valet att använda både kvalitativa och kvantitativa studier var för att de ansågs kunna besvara syftet och kunde ge en god kvalitet. Kvalitativa studier gav djupare förståelse kring patienternas upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov än vad kvantitativa studier gjorde (Friberg, 2006). I kvalitativa studier går inte att säga att resultatet är någon sorts generell sanning eftersom olika personer skulle kunna beskriva



situationer och upplevelser olika (Nyberg, 2000). Kvantitativa studier håller en viss distans till undersökningsobjektet och ger en mer bred och ytlig förståelse eftersom studien villar på en stor population (a.a). Willman & Stoltz (2006) skriver att litteraturstudier som innehåller båda ansatserna kan studera det valda problemet ur olika perspektiv och kan på så vis ge en ökad förståelse. Enligt Polit & Beck (2008) finns risk att respondenternas svar i de kvantitativa artiklarna kunde vara oärliga.

Sökbegränsningen valdes med tanken på att hitta den senaste informationen inom området. Forskning kan betraktas som en färskvara och är ständigt under förändring (Forsberg & Wengström, 2003). Nackdelar med begränsad tidsperiod var att artiklarna som svarade mot syftet men var för gamla förkastades.

Databaserna valdes för att hitta lämpliga vetenskapliga artiklar som passade till studien (Forsberg & Wengström, 2003). Sökorden som togs fram var i början ej tillräckligt utvecklade och ledde till en felaktig sökning, men de korrigerades för att finna ett mer pålitligt resultat. Det visade sig att samma artiklar framkom i de olika databaserna och det kan tolkas som att det inte fanns så många fler artiklar som var relevanta från studien. En mättnad i sökningen kan ha uppstått.

Språkliga avgränsningar gjordes då endast de språk som behärskades användes vid artikelsökningarna, vilket resulterade i att information på andra språk kan ha missats. Språket har varit ett hinder eftersom artiklarna som valts till litteraturstudien var skrivna på engelska. De engelska artiklar använde ett akademiskt språk vilket kunde innebära risk för att termer och begrepp misstolkats och därmed att betydelsen av innehållet tappades bort i bearbetningen. Svenska språket är inte författarnas modersmål. Ord som inte behärskades slogs upp i engelsk-svensk lexikon. En styrka ansågs vara att det var två personer som bearbetade studiens artiklar och kom fram till samma tolkning.

Artiklarna i studien kommer från flera länder varav tre var från Sverige. De övriga kommer från Kanada, U.S.A, England, Japan och Scotland. Trots att artiklar

kommer från olika länder var patienternas upplevelser lika, vilket kan stärka litteraturstudiens resultat. Skillnader i kultur, miljö, livsstilfaktorer och övriga faktorer utesluter en generalisering av studiens resultat till att gälla länder utanför Sverige, till exempel i USA är ett annat system inom vården än i Sverige. Resultatets olika citat har författarna till studien valt för att stärka innebörden av patienternas upplevelse. Detta beskrivs även av Friberg (2006) att citat används från originalstudier för att stärka resultatet.

### *Resultatdiskussion*

Syftet med studien var att beskriva faktorer som påverkar hur patienter med lungcancer upplever sin smärta och mötet med sjuksköterskan. Resultatet diskuterar här utifrån den förståelse författarna fått från studiens resultat i relation till Joyce Travelbees omvårdnadsteori.

Studierna av Ekfors & Petersson (2004), Murray et al (2002), Hoffman (2007) visade att patienter med lungcancer upplevde cancerbeskedet som en chock. Detta stärks även av psykiatern Cullberg (2003). Krisreaktionen som drabbar individen vid cancerbeskedet beskrivs av Cullberg som en omedveten process som ofta är tidsbunden. Krisens förlopp indelas i fyra olika faser. Den första är chockfasen som kommer i samband med diagnossamtalet. Den andra är reaktionsfasen då den drabbade börjar förstå vad som hänt och kan då reagera med ångest. Den tredje fasen är bearbetningsfasen där övergången sker successivt från reaktionsfasen. I denna fas har den drabbade ett stort behov av att prata om sina upplevelser. Den sista och fjärde fasen är nyorienteringsfasen som präglas av en tillförsikt mot framtiden (a.a). Med det vill författarna komma fram till att om stödet från sjuksköterskan brister kan detta leda till psykologiska svårigheter så som sömnsvårigheter, ångestattacker och psykosomatiskabesvär. Cullberg (2003) menar vidare att för att förhindra psykiska problem är målet med kristerapi att stödja patientens egna läkningsresurser så att krisen kan ha ett naturligt förlopp till bearbetning (a.a).

Studier av (Ekfors & Petersson, 2004; Murray, et al 2002 & Hoffman, 2007) visade också att patienter med lungcancer hade dödsönskningar eftersom de tyckte att deras liv var meningslöst. Enligt Hoffman (2007) hade patienter med lungcancer tre

gångar så stor risk att utveckla depression på grund av skuld känslan eftersom de rökt. Ett sätt att tidigt upptäcka och förebygga depressioner kan vara att omvårdnadsarbetet inspirerats av Travelbee omvårdnadsteori. Omvårdnadsprocessen består enligt Travelbee av flera överlappande stadier: observation, tolkning, beslutstagning, handling och utvärdering av handlingar. Vi anser att om sjuksköterska arbetar enligt Travelbee omvårdnadsteori kan hon förebygga faktorer (isolering, aptitlöshet, skuld känslor, ångest, oro, och dödsönskningar) som påverkar patientens psykiska hälsa. De olika faktorerna kan påverka upplevelsen av smärta och leda till depression. Författarna anser att patienterna behöver förståelse så att han/hon inte hamnar i depression. Att ha någonting att sysselsätta sig med och som skingrar tankarna kan vara ett sätt att lindra smärta till exempel: läsa, lösa korsord eller spela kort. Patienter behöver också stöd av sjuksköterskan att prata med, en kurator eller präst. Detta stärks även av Socialstyrelsen (2005) att sjuksköterska vid behov bör åtgärda och hantera förändringar i patientens psykiska tillstånd.

O'Driscoll et al (1999) beskrev att smärta hos patienter med lungcancer var ett av de tre plågsamma symptomen. Ångest och trötthet var dominanta emotionella faktorer som påverkade smärtans intensitet. Travelbee omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000) innebär att sjuksköterska utför omvårdnadsåtgärder tillsammans med patienten och hjälper denne att komma till insikt om vad som orsakar smärtupplevelsen. I studien av O' Driscoll et al (1999) där den psykiska och fysiska smärtan undersöktes kom författarna fram till att ju större psykisk smärta, desto starkare fysisk smärta. Vidare anser vi att den fysiska och psykiska smärtan hör ihop och påverkas av varandra.

Ekfors & Petersson (2004) beskrev att smärtan var värst under natten hos patienter med lungcancer. Detta fynd styrks av Allmås (2006) som beskriver att smärtan hos patienter med lungcancer upplevs mest intensivt om natten, kanske delvis beroende på att tankarna på sjukdomen är svårare att skjuta undan när det är tyst och stilla runt omkring. Vidare beskriver Allmås (2006) att patienter med lungcancer måste få hjälp för att kunna blicka framåt i vissa skeden av sjukdomen när allt verkar hopplöst. Enligt Allmås (2006) är hopp en grundläggande tillit. Sjuksköterskan ska inte ta ifrån hennes hopp, utan försöka skapa en miljö omkring honom som hjälper patienten att skapa sitt eget hopp. Hopp kan i detta sammanhang innebära: hopp om en natt utan smärta. Ett av omvårdnadens mål enligt

Travelbee ( Kirkevold,2000) är att bevara hoppet hos patienten. En person som upplever hopp har sitt fokus riktad mot framtiden och ur hoppet utvecklas uthållighet, tillit och mod (a.a).

I studien av Wilkie et al (2001) framkom att patienter med lungcancer beskrev smärtupplevelsen i metaforer. Patienter använde sig av metaforer för att beskriva upplevelsen av smärta. Ord som ingick i dessa metaforer var: brännande, plågsam, skärande och kvävande. Travelbee ( Kirkevold,2000) belyser ytterligare vikten i att sjuksköterska bör få ökad förståelse genom att etablera en mellanmännisklig relation med patienten. När den mellanmänniskliga relationen byggs upp kan sjuksköterskan se hur den enskilde patienten upplever sin smärta. Sjuksköterskor måste vara mera öppna för hur patienten definierar smärtupplevelse eftersom smärta upplevs individuellt (a.a). Uppsatsförfattarna är av uppfattningen att detta är en mycket värdefull information för alla sjuksköterskor som kommer i kontakt med patienter med lungcancer. Det är av största vikt att sjuksköterskan har förståelse för patientens smärtupplevelse kring sin situation för att kunna bemöta dessa patienter på ett professionellt sätt.

Boström et al (2004) fann, att sjuksköterskorna hade lite tid för sina patienter för att det var för mycket att göra, men också för att de prioriterade konkreta arbetsuppgifter. Detta påverkade patienten på ett negativt sätt. Arbetsklimatet för sjuksköterskorna är präglad av tidsbrist och hög arbetsbelastning (a.a). Hälso och sjukvårdslagen (1982: 763) påbjuder att vården ska tillgodose patientens behov. Uppsatsförfattarna anser att sjuksköterskans tidsbrist är en faktor som kan orsaka missförstånd hos patienten. Missförståndet kan leda till frustration, rädsla oro och ångest därför bör sjuksköterskan prioritera tid i mötet med patienterna. Allmås (2006) rekommenderar att sjuksköterskan bör vara lyhörd för patientens uttalade behov. Att sätta sig vid sängen hos en patient som ställer väldigt lite frågor och verkar tillbakadragen kan vara tillräckligt för att inleda ett samtal om sjuksköterskan har stressigt (a.a). Vidare ansågs att sjuksköterskan signalerar hos patienten att hon har tid och intresse av att få veta hur patienten egentligen mår (a.a). Av egen erfarenhet tycker vi att det krävs lite tid att använda VAS skalan. Vidare tycker vi att om sjuksköterskan hade använt sig av smärtskattningsinstrumentet VAS skalan hade

hon/han haft möjlighet att ta reda på patientens självskattade smärta. Visuellt analog skala består av en linje med siffror från 0 till 10, där 0 står för smärtfrihet och 10 står för outhärdligt smärta och den är lätt att använda.

I studien gjord av Yardley et al, (2001) framkom att informationsbehovet kunde variera från patient till patient och även förändras över tiden. Patienterna upplevde att de fick information på ett obegripligt sätt. Travelbee anser att det är sjuksköterskans uppgift att försäkra sig om att patienten förstått vad som sagt. Vidare beskriver Travelbee genom att ge anpassad information kommer oron att minskas. Yardley et al, (2001) beskrev att vissa patienter önskade ingen information eftersom de var rädda för dåliga nyheter. Cullberg (2003) poängterar, att ofta gör sjuksköterskan felet att försöka informera innan hon tagit reda på vad patienten egentligen vill ha information om. Vi anser att information bör anpassas efter patientens situation och förmedlas på ett språk som patienten förstår. Detta bekräftas av HSL (1982: 763) där det uppges att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning vård och behandling som finns. Allmås (2006) skriver att det är av värde att en tid efter informationen har givits, har patienten ofta massor av obesvarade frågor. Kanske har patienten inte uppfattat all information som lämnats, kanske nya frågor har väckts. Detta är något som sjuksköterskan måste ha klart för sig och ägna en del uppmärksamhet åt (a.a).

I en engelsk studie Yardley et al 2001 upplevde patienterna med lungcancer smärtan som en del av sjukdomen (a.a). Författarna anser att patientens kulturella ursprung påverkar smärtupplevelsen. Vidare tycker vi att sjuksköterskan bör se patientens smärtupplevelse i hennes/hans kulturella sammanhang eftersom Sverige har blivit ett mångkulturellt samhälle idag. Detta stämmer väl överens med Hathrow & Redmaund (1999) att i vissa kulturer finner människor mening med smärta medan i andra kulturer letar människor efter ett sätt att få bort smärtan. För att patienterna med lungcancer ska kunna känna mening i sin smärtupplevelse är kommunikationen en av sjuksköterskans viktigaste verktyg. Kommunikationen enligt Travelbee (Kirkevold 2000) bör vara en gemensam process där känslor och tankar delas av sjuksköterska och patient och överförs de emellan.

I artikeln av Boström et al (2004) upplevde en del av patienter att de inte blivit trodda när de klagade på smärta. Vissa patienter beskrev att de upplevde starkare smärta än vad sjuksköterskorna värderade det som (a.a). Strang (2003) beskriver att om sjuksköterskor inte förstår patienterna med lungcancer i mötet kan detta bero på bristande kunskap om sjukdomen. Allmås (2006) menar att eftersom sjuksköterska dagligen konfronteras med patienter med smärta kan hon bli mindre känslig för patientens smärtupplevelse. Travelbee (Kirkevold 2000) poängterar att det är viktigt att sjuksköterskans egna värderingar inte färgar synen på patientens smärtupplevelse eftersom det kan ge ett felaktigt resultat. Vi tycker att smärtan hos patienter med lungcancer är något subjektivt och kan beror på många olika faktorer. Författarna anser att sjuksköterskan bör se patienten som en individ och bemöta patientens smärta med respekt, ge honom den tid, den förståelse och den information han behöver. Vidare tycker författarna att för att förbättra omvårdnaden bör fler studier fokusera på patientupplevelser och sjuksköterskan kan uppdatera och vidga sina kunskaper. Detta beskrivs även av Travelbee (Kirkevold, 2000) genom kunskap och utbildning får sjuksköterskan ett förhållningssätt till hur patienter borde bemötas och respekteras som unika individer. Omvårdnaden borde ha inriktat sig på att underlätta den mellanmänniska relationen.

## REFERENSER

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*, vol. 47, ss 862-869

Boström, B, Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004) Cancer- related pain in palliative care: patients` perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, vol.45:4, 410-419.

Brennan, P & Bray, I (2002). Recent trends and future directions for lung cancer mortality in Europe. *British Journal of Cancer*, vol.87,ss 43-48.

Bäcklund, L & Hedenstierna, G & Hedenström, H (2000). *Lungfysiologi och diagnostik vid lungsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Cancerfonden (2009). *Om lungcancer* (Elektronisk). Tillgänglig:<  
<http://www.cancerfonden.se/>Om-cancer/Cancersjukdomar/Lungcancer/> (09-09.30).

Cullberg, J (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Ekfors, H. & Petersson, K. (2004) A Qualitative Study of the Experiences During Radiotherapy of Swedish Patients Suffering From Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, vol. 31:2, ss 329-334.

Eriksson, K (2000). *Vårdprocessen*. Göteborg: Liber.

Fitch, M. & Steele, R. (2008). Supportive care needs of women with lung cancer. *Oncology Nursing and Supportive Care*, ss 1-8

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

Friberg, F (red) (2006) *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Granskär, M & Höglund-Nilsen, B (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hallbjorg, A (2006). *Klinisk omvårdnad 1 & 2*. Stockholm: Liber AB.

Hawthorn J & Redmond K (1999). *Smärta – bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Hoffman, A.J, Given, A.B, Eye, A, Gift, A.G, & Given, C.W. (2007). Relationships Among Pain, Fatigue, Insomnia, and Gender in Persons With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, vol. 34:4, ss 785-792.

Hälso- och Sjukvårdslagen (1982: 763) *Svensk författningssamling (SFS)*  
( Elektronisk). Tillgänglig:<  
<http://www.riksdagen.se/>webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763/> (09 -12-20)

International Association for the Study of Pain (2006).(IASP) *Pain* (Elektronisk).  
Tillgänglig:<  
<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>> (09-09-22)

Karolinska institutet (2008). *Lungcancer i siffror* (Elektronisk). Tillgänglig:<  
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?a=51547&d=20393&l=sv>>(09-09-17)

Kirkevold, M (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kiteley, C.A, & Fich, M.I (2006). Understanding the symptoms experienced by individuals with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, vol. 16:1, ss 25-30.

Klang Söderqvist, B (red.) (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.



Lungcancerföreningen (2009). *Orsak och symtom* (Elektronisk).

PDF format. Tillgänglig:< <http://www.lungcancer.se/pdf> > ( 09-09-19 )

Magnusson, S & Mannheimer, C (2008). *Långvarig smärta Behandling och rehabilitering*. Studentlitteratur.

Murray, S.A, Boyd, K, Kendall, M, Worth, A, Benton, T, F. & Clausen, H. (2002). Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *Department of Nursing Studies*, vol. 325, ss 1-5.

Nyberg, R (2000). *Skriva vetenskapliga uppsatser och avhandlingar- med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Nystrand, A & Röhl, A (1999). *Smärta. Aktuell forskning*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.

O'Driscoll, M, Corner, J & Bailey, C (1999) The experience of breathlessness in lung cancer. *European journal of cancer care*, 8, 37-43.

Okuyama, T, Tanaka, K, Akechi, T, Kugaya, A, Okamura, H, Nishiwaki, Y, Hosaka, T. & Uchitomi, Y. (2001). Fatigue in Ambulatory Patients with Advanced Lung Cancer: Prevalence, Correlated Factors, and Screening. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 22, ss 554-564.

Polit, D.F & Beck, C.T (2008). *Nursing researche: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.

Reitan, A, M & Schölberg, T, K (2003). *Onkologisk omvårdnad Patient- problem- åtgärd*. Liber: Stockholm.

Stephenson, N.L.N, Weinrich, S.P. & Tavakoli, A.S. (2000). The Effects of Foot Reflexology on Anxiety and Pain in Patients With Breast and Lung Cancer. *School of Nursing at East Carolina University*, vol. 27:1, ss 67-72.

Strang, P (2003). *Cancerrelaterad smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Elektronisk). PDF format. Tillgänglig:< <http://www.socialstyrelse.se/pdf> > (09-09-21)

Werner, M & Strang, P (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Liber: Stockholm.

Wilkie, D.J., Huang, H.Y., Reilly, N. & Cain, K.C. (2001). Nociceptive and Neuropathic Pain in Patients with Lung Cancer: A Comparison of Pain Quality Descriptors. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol.22:5, ss 899-910.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C (2006). *Evidensbaserad Omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2. uppl). Lund: Studentlitteratur.

WHO (2005). *Gender i Lung Cancer and Smoking Research* (Elektronisk). PDF format. Tillgänglig:< <http://www.who.int/>.pdf> (09-09-17)

Wiklund, L (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm; Natur och Kultur.

Yardley, S.J, Davis, C.L. & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients`interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, vol. 15, ss 379-386.

## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
090910	Academic Search and Cinahl	Lungcancer and pain and care	Peer Reviewed all adults 45+, 1999-2009		51	Saknas patientperspektivet	2
090910	ScienceDirekt	Lung cancer* pain* management*	Abstract, Medicine and dentistry 1999-2009		45	Saknas patientperspektivet	1
090917	PubMed	Lung cancer, pain, nurses, patient, experience	Inga		9	Artiklarna handlar om sjuksköterskeperspektivet	2
090917	Academic Search and Cinahl	Patients and cancer pain and experiences and nurses	Inga		13	Artiklarna handlar om cancerpatienter i allmänhet	0
090918	Cinahl	Lung cancer and patient perspective	Peer Reviewed, 2002 - 2009		3	Handlar om andra symtom än smärta	1
091008	PsykoINFO	Lung cancer and physical pain or psychological pain	Advanced Search, Social Sciences, Anywhere		15	Saknas patientperspektivet	3

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamling Metod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Berterö C Vanhanen M Appelin G Sweden 2008	Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients perspectives of how it affects their life situations and quality of life	Att beskriva hur sjukdomen påverkar patienternas livssituation och livskvalitet	Data samlades in genom kvalitativa intervjuer där patientens upplevelse var i fokus. Intervjuerna spelades in. Sedan transkriberades de ordagrant och analyserades.	Studien hade fenomenologisk hermeneutisk ansats för att fånga informanternas erfarenhet av sin livssituation och livskvalitet.	Känslor av skam och skuld eftersom de hade orsakad sjukdomen själva påverkade patienter med lungcancer negativt. Om de hade hoppet kvar påverkades deras psykiska välmående positivt.	Medel
Boström B Sandh M Lundberg D Fridlind B Sweden 2004	Cancer-related pain in palliative care: patient´s perceptions of pain management	Hur patienter med cancer relaterad smärta i palliativ vård beskriver sin smärta samt mötet med sjuksköterskan	Trettio patienter blev intervjuade med öppna frågor angående smärta och smärtlindring i ärlig dialog med hälso sjukvårdpersonalen.	Patienterna beskrev tio olika uppfattningar om smärta och smärtlindring som efteråt sammanfattades i tre kategorier: kommunikation, planering och tillit.	Patienterna uttryckte ett stort behov av kommunikation och planering av smärtbehandling med sjuksköterska och läkare.	Medel

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamling Metod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Ekfors H Pettersson K Sweden 2004	A qualitative study of the experiences during radiotherapy of swedish patients suffering from lung cancer	Att beskriva erfarenheter vid strålbehandling av patienter med lungcancer	Femton patienter intervjuades med öppna frågor. Patienterna vårdades på en onkologisk vårdavdelning under behandlingsperioden. Fokus för intervjuerna var innebörden att ha lungcancer och genomgå strålbehandling.	Fyra kategorier med sex underkategorier hittades och analyserades och transkriberades för att fånga patienterna upplevelse.	Syntomen trötthet kom på grund av smärta. Patienterna beskrev att de upplevde smärta vid ansträngning, fysisk aktivitet och smärta var det värsta symtom som de kände.	Hög
Fitch M I Steele R Canada 2008	Supportive care needs of women with lung cancer	Att undersöka och identifiera behov av stöd hos kvinnor med lungcancer.	Sammanlagt 34 kvinnor med lungcancer deltog i denna förberedande studie genom att fylla i ett frågeformulär.	Frågorna rangordnades under fem kategorier: psykologiska behov, informationsbehov, att hantera fysiska symtom, patientens behov av trygghet i vården och sexualitet behov.	Patienterna behövde mer emotionell hjälp, där ett aktivt lyssnande öra var behovet . De hade också behov av information och psykologiskt hjälp.	Låg

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamling Metod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Hoffman A J Given B A Eye A Gift A G Given C W U.S.A 2007	Relationships Among Pain, Fatigue, Insomnia, and Gender in Persons with lung cancer	Att undersöka sambandet mellan smärta, trötthet, sömnsvårigheter och genus hos patienter som nyligen fått diagnosen lungcancer	I studien deltog 80 patienter som nyligen hade fått diagnosen lungcancer. Datainsamling: Kvalitativ och kvantitativ metod.	Deskriptiv design. En sambandanalys utfördes för att förklara sambanden mellan smärta, trötthet, sömnlöshet och genus. De öppna frågorna analyserades med hjälp av innehållsanalys.	Kvinnorna hade sömnsvårigheter mer än männen eftersom de tänkte på sina familjer där hemma. Männen tog en dag i taget.	Medel
Kiteley C A Fitch M I Canada 2006	Understanding the symptom experienced by individuals with lung cancer	Att få bättre förståelse gällande patientens upplevelse	Sexton patienter intervjuades vid två tillfällen. Det första var information om deras symtom och det andra var vad de fann mest besvärande.	Analysen bestod av deskriptiva studier och innehållsanalys. Intervjuerna transkriberades ordagrann därefter lästes det utskrivna innehållet flera gångar för att få en uppfattning av innehållet.	Det vanligaste rapporterade symptom var trötthet och smärta. Trötthet rapporterades oftast som besvärande.	Medel

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamling Metod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Murray S A Boyd K Kendall M Worth A Benton T F Clausen H Scotland 2002	Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community	Att jämföra sjukdomens förlopp behov och tjänster används av patienter med lung cancer och de med avancerad icke-malign sjukdom	I studien deltog 20 patienter med lung cancer och 20 med avancerad hjärtsvikt. Patienterna intervjuades och författarna kom fram vilken vård patienterna behöver.	Intervjubanden spelades och transkriberades. Innehållsanalys pågick under hela fältarbetet.	Patienterna med lungcancer hade behov av information, andlig och emotionell stöd. Patienterna med lungcancer ville att den palliativa vården skulle förbättras.	Medel
Okuyama T Tanaka K Akechi T Kugaya A Okamura H Nishiwaki Y Hosaka T Uchitomi Y Japan 2001	Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: prevalence, correlated factors, and screening	Att klargöra trötthetens prevalens och de faktorer som är korrelerade med trötthet samt att utveckla en screeningmetod för trötthet för patienter med avancerad lungcancer	156 patienter med lung cancer svarade på två trötthetskalor CFS, FNS, tillsammans med en enkätsfråga om trötthet i den dagliga aktiviteter.	Författarna gjorde en test i varje domän som trötthet, ångest, dyspne och smärta. De frågorna analyserades med hjälp av innehållsanalys.	Resultaten visade att symtomen som ångest, trötthet, dyspne, sömnlöshet och smärta förändrade patienternas livssituation. Prevalensen för trötthet var hög på grund av smärta.	Medel

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamling Metod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
O'Driscoll M Corner J Bailey C England 1999	The experience of breathlessness in lung cancer	Att studera upplevelsen av andfåddhet och smärta i samband med lungcancer .	Kvalitativ studie. Semi-strukturerade samtal utfördes. I studien deltog 52 patienter. Data samlades in genom intervjuer med deltagarna.	Materialet analyserades innehållsanalys. Intervjuer som varade mellan 30-90 minuter genomfördes med deltagarna. Författarna antecknade svaren och transkriberade dem sedan.	Både fysiska och känslomässiga upplevelser kunde kopplas samman med upplevelser av andfåddhet och smärta . Åtta av deltagarna upplevde ständig andfåddhet och psykisk smärta, medan resterande upplevde fysisk smärta.	Medel
Stephenson N.L.N Weinrich S P Tavakoli A S U.S.A 2000	The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer	Att testa effekterna av fot massage på ångest och smärta hos patienter med bröst och lungcancer	Totalt 23 patienter deltog i studien. Studien var en intervju och alla var 65 +. Hälften var lungcancer och hälften var bröstcancer. Forskarna ville se om fotmassagen ger en positiv effekt hos patienterna.	Patienterna skulle få en fotmassage under 30 minuter i två dagar.	Redan första dagen upplevde patienter en positiv effekt av detta. Efter andra dagen upplevde patienterna en signifikant minskning av smärta	Hög



<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod Metod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Wilkie D J Hang H Y Reilly N Cain K C U.S.A 2001	Nociceptive and neuropathic pain in patients with lung cancer: a comparison of pain quality descriptors	Undersöka skillnaden i de ord som används för att beskriva nociceptiv och neuropatisk smärta.	Totalt valdes 123 patienter med lungcancer från västerländska stater. En kvantitativ studie gjordes där patienterna fick svara på enkätfrågor.	Patienterna fick information före de svarade på frågorna. Tillsammans med informationen fick patienterna LCET där patienterna kunde kryssa var på kroppen patienterna mest hade ont. Enkätfrågorna analyserades ordagrant.	Resultaten visade att många patienter med lungcancer beskrev sin neurogena smärta med mycket intensivt som kraftig smärta, brännande känsla, plågsam och kvävande	Hög
Yardley S J Davis C L Sheldon F England U.K 2001	Receiving a diagnosis of lung cancer: patient's interpretations, perceptions and perspectives	Att dokumentera patienternas syn på lungcancer diagnoser, deras inställning till metoder och förbättringar	Patienterna (n = 13) valdes ut från medicinsk, kirurgisk och klinik för ge kunskap om patienten uppfattning om vården. Avslutat med ett bandat semi-strukturerat intervju.	Avskrifter analyserades kvalitativt med hjälp av en fenomenologisk metod.	Patienterna med lungcancer upplevde att en bra kommunikation och information minskade ångest, ilska och förbättrade förtroenden mellan de själva och sjuksköterskan.	Medel

### Bilaga 3

**Granskningsmall för kvalitetssäkring av studier med kvalitativ metod**  
**Inspirerad av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Stoltz och Baktsevani (2006).**  
**Ja = 1      Nej = 0      Vet ej = 0**

#### A. Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja      Nej

Beskriv:

#### B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

( Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna)

Ja      Nej

Beskriv:

Var genomfördes undersökningen?

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

Strategiskt urval

Snöbollsurval

Teoretiskt urval

Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen ( ålder, kön, social status samt relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja      Nej

#### C. Metod för datainsamling

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

Ja      Nej

Beskriv:

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt ( vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

Ange datainsamlingsmetod:

Ostrukturerade intervjuer

Halvstrukturerade intervjuer

Fokusgrupper

Observationer

Video/bandinspelning  
Skrivna texter och teckningar

Är detta systematiskt samlade ( finns intervjuguide/ studieprotokoll?)

Ja      Nej  
Beskriv

#### **D. Dataanalys**

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:

Teman är utvecklade som begrepp  
Det finns episodiskt presenterade citat  
De individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivan  
Svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja      Nej

Är resultaten trovärdiga? ( källor bör anges)

Ja      Nej

Är resultaten pålitliga ( undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja      Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse ( är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja      Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja      Nej

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

Ja      Nej

#### **E. Utvärdering**

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja      Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja      Nej

Under 50% ( 10p)= låg Mellan 51% - 79% ( 11- 15p) = medel Över 80% ( 16-20p) = hög.

**Granskningsmall för kvalitetssäkring av studier med kvantitativ metod**  
**Inspirerad av Forsberg och Wengström (2003) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).**  
**Ja = 1      Nej = 0      Vet ej = 0**

**A. Syftet med studien?**

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Ja      Nej

**B. Undersökningsgruppen**

Vilka är inklusionskriterierna ?

Vilka är exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

Randomiserat urval

Obundet slumpmässigt urval

Kvoturval

Klusterurval

Konsekutivt urval

Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ?

Ja      Nej

Var genomfördes undersökningen?

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

**C. Mätmetoder**

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad?

Ja      Nej

Var validiteten diskuterad?

Ja      Nej

**D. Analys**

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?

Ja      Nej

Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stor var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys?

Ja      Nej

Var den statistiska analysen lämplig?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader ?

Ja Nej

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författarna?

Instämmer det?

Ja Nej

### **E. Värdering**

Kan resultatet generaliseras till annan population?

Ja Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien ?

Ja Nej

Motivera varför eller varför inte!

Under 50% ( 10p)= låg Mellan 51% - 79% ( 11- 15p) = medel Över 80% ( 16-20p) = hög.

