

UPPLEVELSER AV ATT LEVA MED LUNGCANCER

En litteraturbaserad studie

EXPERIENCES OF LIVING WITH LUNG CANCER

A literature study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2011

Författare: Bega Arijana
Bergström Evelyn

SAMMANFATTNING

Titel:	Upplevelser av att leva med lungcancer
Författare:	Bega, Arijana; Bergström, Evelyn
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Johansson, Mona
Examinator:	Ek, Kristina
Sidor:	20
Nyckelord:	Lungcancer, upplevelser, patient, lidande

Bakgrund: Lungcancer är en sjukdom som har en dålig prognos och där ett stort antal människor insjuknar årligen. Det är en sjukdom som leder till många och svåra symtom vilket skapar stort lidande. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva patienters upplevelser av att leva med lungcancer i det dagliga livet. **Metod:** En litteraturbaserad studie genomfördes med en kvalitativ ansats. Tolv vetenskapliga artiklar granskades och analyserades enligt en modell för en litteraturbaserad studie. **Resultat:** Ur resultatet identifierades sex kategorier: leva med osäkerhet, stigma och skuld, upplevelser av sjukdomsrelaterade symtom, en förändrad självkänsla, att få stöd och bli bekräftad samt pendla mellan hopp och förtvivlan. **Diskussion:** Det fanns ett behov hos patienterna av att leva så självständig som möjligt, där det sociala stödet och stödet från vårdpersonal var avgörande för att de skulle klara av det. Stöd överhuvudtaget var viktigt för att patienterna skulle kunna hantera de flesta situationer. Genom att sjuksköterskan får kunskap om patienters upplevelser av lungcancer kan patienters lidande lindras med hjälp av stöd från sjuksköterskan.

ABSTRACT

Title: Experience of living with lung cancer

Author: Bega, Arijana; Bergström, Evelyn

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Johansson, Mona

Examiner: Ek, Kristina

Pages: 20

Keywords: Lung cancer, experience, patient, suffering

Background: Lung cancer is a disease with poor prognosis, with many people that falls ill each year. It is a disease which leads to numerous and severe symptoms that create much suffering. **Aim:** The aim of this study was to describe patients' experiences of living with lung cancer in daily life. **Methods:** A literature study was conducted with a qualitative approach. Twelve scientific articles were reviewed and analyzed according to a model for a literature study. **Results:** Six categories were identified: live with uncertainty, stigma and guilt, experience of disease-related symptoms, a changed self-esteem, to get support and be confirmed and thrown between hope and despair. **Discussion:** There was a need for patients to live as independent as possible, social support and the support from health professionals was crucial for them to cope with it. Support overall was important for patients to be able to handle most situations. By acquiring knowledge about patients' with lung cancers experiences the nurse can be a better support for the patient in order to alleviate patients suffering.

Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Lungcancer.....	1
Omvårdnad av patienter med lungcancer.....	2
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv.....	3
PROBLEMFÖRMULERING.....	4
SYFTE.....	4
METOD.....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	5
Analys.....	6
Etiska överväganden.....	7
RESULTAT.....	8
Leva med osäkerhet.....	8
Stigma och skuld.....	9
Upplevelser av sjukdomsrelaterade symtom.....	9
En förändrad självkänsla.....	11
Att få stöd och bli bekräftad.....	12
Pendla mellan hopp och förtvivlan.....	13
Resultatsammanfattning.....	13
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Konklusion.....	18
REFERENSLISTA.....	19

BILAGOR

1. Artikelöversikt
2. Kvalitetsgranskningsmall

INLEDNING

Varje år diagnostiseras cirka 3500 personer med lungcancer. Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen bland både kvinnor och män i Sverige (Socialstyrelsen, 2010). Lungcancer har ökat bland kvinnor de senaste 40 åren medan incidensen har minskat hos män. Detta beror på ändrade rökvanor bland befolkningen (Bergman, Klominek & Nyman, 2009). Under de senaste 20 åren har prognosen vid lungcancer förbättrats, men prognosen är fortfarande sämre än vid andra vanliga cancerformer. Femårsöverlevnaden ligger på 15 % hos kvinnor samt 10 % hos män. Det beror på att personerna söker sent för sina symtom och därför inte diagnostiseras förrän de utvecklat en avancerad lungcancer (a a).

Under vår studieperiod har vi träffat personer som har drabbats av olika cancerformer. Anledningen till att vi har valt att skriva om lungcancer beror på det höga antalet som insjuknar och att överlevnaden är låg. Men även för att vi har sett hur dessa personers liv har förändrats drastiskt och att sjukdomen fortskrider snabbt. Vi anser att det är viktigt att få en ökad kunskap om hur det är att leva med lungcancer. Denna kunskap är viktig för att sjuksköterskan ska kunna underlätta och lindra lidandet för dessa patienter och för att omvårdanden ska bli så bra som möjligt.

BAKGRUND

Lungcancer

Den vanligaste orsaken till lungcancer är tobaksrökning som orsakar 85-90% av fallen (Grefberg & Johansson, 2007). De vanligaste typerna av lungcancer är skivepitelcancer, adenokarcinom, småcellig och storcellig cancer. Den vanligaste av dessa fyra typerna är skivepitelcancer som drabbar främst personer över 65 år. Adenokarcinom har en relativ hög metastaseringsfrekvens som kan ske tidigt i tumörens fas och är den form som drabbar främst personer under 65 år. Lungcancer delas också in i två grupper beroende på spridningssätt och tumörbiologiska egenskaper. Dessa grupper är icke-småcellig lungcancer och småcellig cancer (Ericson & Ericson, 2008). Vid lungcancer sker vanligast metastasering till den andra lungan, lymfkörtlar, binjure, skelett, lever och hjärna (Moore, 2009).

Symtomen kan variera beroende på vilket stadium av sjukdomen som patienterna befinner sig i. De vanligaste symtomen vid lungcancer är hosta, andnöd (dyspné), blodupphostning (hemoptys), bröstsmärta och röstförändringar. Det kan också finnas symtom såsom trötthet (fatigue), minskad aptit, viktnedgång och sömnstörning (Moore, 2009). Patienter med lungcancer, oavsett nyligen diagnostiserad eller mer avancerad, har svårare symtom än patienter med andra cancerformer i samma stadium i sin sjukdom (Cooley, 2000).

Vid misstanke om lungcancer genomförs en lungröntgen för att identifiera vilken form av lungcancer det är. En komplettering till lungröntgen är datortomografi som ger ytterligare information om hur stor tumören är. För att fastställa lungcancer tas en biopsi i samband med bronkoskopi (Grefberg & Johansson, 2007).

De behandlingsmetoder som finns är kirurgiskt ingrepp, strålbehandling och cytostatikaterapi. Hos patienter där cancer upptäcks i ett tidigt skede, kan kirurgi bota vissa patienter (Pearman, 2008). Strålbehandling är ett alternativ för personer som inte kan opereras. Cytostatikaterapi kan användas tillsammans med strålbehandling om operation är omöjlig. Kombinationen har visat ha bra effekt och kan öka överlevnadstiden (Socialstyrelsen, 2010). Dessvärre ger strålbehandling och cytostatikaterapi en mängd biverkningar (Pearman, 2008). De vanligaste biverkningarna är hårfall, fatigue, illamående och rodnad på huden (Ericson & Ericson, 2008).

Omvårdnad av patienter med lungcancer

Sjuksköterskans holistiska perspektiv, breda kunskap och färdigheter gör det möjligt för henne att inte bara förebygga utan även att sköta och vårda patienter med avancerade sjukdomar (Blackledge, et. al., 1998). Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning framgår att sjuksköterskor ska utgå ifrån en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Det ligger på sjuksköterskans ansvar att värna om patientens integritet och autonomi och ta tillvara på patientens egna kunskaper och erfarenheter (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskor bör ge, förstärka och klargöra information om sjukdom och sjukdomsprocessen, diagnostiska metoder, behandling, effekter, biverkningar, mål samt hur framtiden kan se ut (Hill, Amir, Muers, Connolly & Round, 2003; Moore, 2004). God kommunikation är en förutsättning för att kunna identifiera patienters unika behov därför att ingen annan än patienten själv kan berätta om dennes behov (Travelbee, 2006). I Hill et. al., (2003) framkommer det dock att vårdpersonal har begränsad förmåga att upptäcka dessa patienters behov och att de saknar förmåga att kommunicera med dem. Sjuksköterskor bör ha noggrann och fortlöpande bedömning av psykiska, fysiska och sociala behov (Moore, 2004). Därför är kontinuitet i vården viktig för att kunna skapa samförstånd och förtroende mellan patienten och vårdaren (a a).

Det framgår i tidigare studier att sjuksköterskan upplever att deras attityder kan göra skillnad genom att de är positiva och stöttar patienten. Deras bemötande är en viktig del i vården för att ge styrka, hopp och inspiration till patienter (O’Baugh, Wilkes, Luke & George, 2007). Som en grund till ett respektfullt och gott bemötande belyses betydelsen av att vara artig, vänlig och hjälpsam. Bemötande omfattar även människosyn och indirekt hur vården utförs och kopplas till kommunikation (Fossum, 2007). Enligt Moore (2004) finns det negativa attityder inom hälso- och sjukvården angående vården av patienter med lungcancer. Vårdpersonalen som ingick i denna studie upplever att det finns lite att göra för dessa patienter, ” *they all die quickly anyway*” (a a s 344), oavsett vad vårdarna gjorde upplever de att det inte fanns några åtgärder som kändes meningsfulla för patienterna.

Genom att sjuksköterskan erbjuder och ger stöd vid psykosociala svårigheter kan det förbättra upplevelsen av svåra symtom och patienten känner sig mer tillfredställd. För att detta mål ska uppnås är det viktigt att förstå patientens upplevelser av att leva med lungcancer för att erbjuda god vård som bygger på ett holistiskt synsätt. Vården ska anpassas utifrån varje individ (Hill, et. al., 2003; Moore, 2004). Dessutom är det viktigt att sjuksköterskan skapa en vårdrelation som ger patienten förutsättningar för att prata om svåra frågor (Moore, 2004).

I en studie om personer som lever med lungcancer gjord av Dunniece och Slevin (2000) beskriver sjuksköterskorna olika känslor som uppkommer vid omvårdnad av dessa patienter. Sjuksköterskorna känner rädsla, otillräcklighet, ångest och ilska. Rädsla uppkommer vid kommunikation med patienter, då de är oroliga att säga fel och förvärra patientens tillvaro. Känsla av otillräcklighet och hjälplöshet uppkommer när sjuksköterskan känner press av att göra något, att säga något för att de inte kan hantera patientens känslor och svara på deras frågor. I studien framkommer också att vissa sjuksköterskor får ångest för att de känner sorg, sympati och blir känslomässigt involverad i patienten. Sjuksköterskorna beskriver ilska och frustration över läkarnas passiva förhållningssätt vid information till patienter om exempelvis behandlingar och biverkningar (a a). När någon har ett passivt förhållningssätt innebär det att undvika att ta kontakt och bli känslomässigt inblandat i patienten (Fossum, 2007). Dunniece och Slevins (2000) studie visar på patientens integritet kränks när läkare inte visar medkänsla vid rapportering.

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Vårdrelation innebär att det finns ett ömsesidigt förhållande mellan vårdpersonal, patient samt de anhöriga (Eriksson, 2000). Enligt Travelbees (2006) är det centrala för omvårdnaden en mellanmänsklig relation. Den mellanmänskliga relationen kan nås genom att sjuksköterskan hjälper patienten att bemästra, förebygga och finna mening i sin sjukdom samt i sitt lidande. Patienten bör även få hjälp av sjuksköterskan att bevara hoppet (a a). Det är viktigt att vårdaren har helhetssyn som utgör en förutsättning för en fungerande vårdprocess. Att se hela människan och inte bara sjukdomen är viktigt eftersom varje människa är unik och har olika erfarenheter. En bra vårdrelation hjälper patienten och anhöriga att utvecklas, växa och tillvarata egna resurser (Wiklund, 2003). För att uppnå en bra vårdrelation ska sjuksköterskan i sin omvårdnad främja hälsa och välbefinnande och lindra lidande hos patienten (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

I Wiklund (2003) beskrivs lidandet som *"den plåga människan upplever då hennes helhet hotas eller håller på att upplösas"* (a a s 99). Lidande uppstår när människan upplever en förlust av helhet och kontroll, vilket gör att personen sluter sig inom sig själv och tystnar på grund av skuld-känslor (a a). Vid lidandet uppkommer existentiella frågor, till exempel om liv och död. Det finns tre olika former av lidande, livslidande, vårdlidande och sjukdomslidande. Livslidande berör hela människans existens (Dahlberg, et. al., 2003). En form av livslidande kan vara att inte leva upp till sin roll (Eriksson, 1994). Vårdlidande är det lidande som uppstår i samband med vården. Det kan orsakas genom brist av vårdande eller själva vårdandet, till exempel att inte bli sedd eller hörd. Även sjuksköterskans bemötande kan bidra till vårdlidande. Vårdlidande är onödigt och ska undvikas. Den sista formen av lidande är sjukdomslidande som orsakas på grund av sjukdom eller annan

ohälsa (Dahlberg, et. al., 2003). Sjukdomslidande ger en känsla av att vara begränsad i livet (Eriksson, 1994). Eriksson (1994) beskriver att kroppslig smärta kopplas till sjukdomslidande som ska lindras så mycket som möjligt. Även själslig och andlig smärta hör till sjukdomslidandet som kan uppstå ur känslor som förnedring, skam och skuld kring sjukdomen och behandlingen. Anledningen till att dessa känslor uppstår kan bero på patientens egna tankar, sjuksköterskans eller de anhörigas attityder. Det är vårdpersonalens ansvar att eliminera vårdlidande och att lindra livslidande och sjukdomslidande så mycket som möjligt (a a). Vårdandets mål är att förhindra och lindra lidande samt skapa förutsättning för välbefinnande. För att känna välbefinnande krävs det för det första att människan kan erkänna att det finns ett lidande och för det andra att våga vara i lidandet (Dahlberg, et. al., 2003).

Vårdandets mål är även att patienten ska känna hälsa. Eriksson (1984) säger att hälsa *”betecknar ett tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande”* (a a s 23). Eriksson uttrycker välbefinnande som en känsla hos individen som är väsentlig att uppnå. Det centrala i begreppet välbefinnande är människans känslor och livsvärld (Dahlberg, et. al., 2003). Det har även att göra med personers inre upplevelser och är därför unikt och personligt (Wiklund, 2003). Hälsa och välbefinnande är sammanflätat med varandra. Välbefinnande kan förekomma trots sjukdom, men då måste tillvaron kännas meningsfull. En människa som upplever lidande vid en allvarlig sjukdom kan, även under sjukdomstiden känna att livskraften ökar och livsprojektet får nytt bränsle eftersom lidande gör att han/hon omprioriterar vad som är viktigt i livet. För att detta ska hända behöver patienten känna någon form av grundläggande trygghet och sammanhang (Dahlberg & Segesten, 2010). Personer som drabbas av obotliga sjukdomar upplever sannolikt att det blir en begränsning i deras vardagliga liv. Det kan vara svårt att tänka på hälsa när man är sjuk, men det kan vara möjligt att känna välbefinnande med god hjälp från professionella vårdare trots att man är sjuk. Det är vårdvetenskapens uppgift att ta fram kunskap som stödjer och stärker människors hälsoprocesser (Wiklund, 2003).

PROBLEMFÖRMULERING

Lungcancer är en sjukdom som har en dålig prognos och där ett stort antal människor insjuknar årligen. Det är en sjukdom som leder till många och svåra symtom som skapar mycket lidande. För att lindra lidande behöver det skapas en bra vårdrelation som främjar hälsa och välbefinnande hos patienten. Hos sjuksköterskor finns det negativa attityder om att det finns lite att göra för patienter med lungcancer. Därför är det viktigt att samla information och skapa en bild över hur det är att leva med lungcancer. Det är även viktigt för att sjuksköterskan ska kunna ge en så god omvårdnad som möjligt för dessa patienter och hjälpa dem i deras kamp mot cancer. Om inte dessa patienters upplevelser lyfts fram finns det risk att vårdpersonalen går miste om värdefull kunskap.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva patienters upplevelser av att leva med lungcancer.

METOD

En litteraturbaserad studie valdes för att sammanställa tidigare forskning. Den tidigare forskningen utgår ifrån kvalitativa studier. Målet med kvalitativa studier är att öka förståelsen för ett fenomen, till exempel att förstå patientens upplevelser, erfarenheter, förväntningar, behov och hur dessa skall tillgodoses (Friberg, 2006). I denna studie användes Fribergs (2006) modell för att sammanställa de artiklar som valdes till denna studie.

Urval

Inklusionskriterierna för denna studie var vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats, artiklar som beskrev patienters upplevelser, engelskspråkliga artiklar och artiklar skrivna år 2000 eller senare för att garantera att endast aktuell forskning kom med. För att få en uppfattning om artikeln var intressant för ändamålet eller inte fanns kriteriet att den skulle ha ett abstract. Exklusionskriterierna för denna studie var studier gjorda ur ett sjuksköterskeperspektiv, anhörigperspektiv samt kvantitativa studier.

Datainsamling

Sökning efter artiklarna skedde genom databaser som CINAHL och Medline. Databaserna CINAHL och Medline valdes för att de är de största inom området hälso- och sjukvård (Willman, Stolz & Bahtsevani, 2006). Sökord som användes var: lungcancer (*lung cancer*), upplevelser (*experiences*), patientperspektiv (*patient perspective*), narrativ (*narrative*) och kvalitativa studier (*qualitative studies*). Det bärande sökordet var lungcancer som sedan kombinerades med de andra sökorden på olika sätt. Operatorn AND användes för att kombinera sökorden. För att få olika ändelser på orden söktes sökorden med trunkering (*). Vissa sökningar skedde med fulltext för att avgränsa antalet träffar. Det gjordes även sökningar utan fulltext för att inte utesluta användbar forskning. För att välja ut artiklar utifrån sökordskombinationer utgick författarna först ifrån titeln. Om titeln såg ut att passa studien lästes abstractet av artikeln för att få en uppfattning om artikeln var relevant för studien eller inte. Två av artiklarna fanns inte i fulltextformat och beställdes från Högskolan i Skövdes bibliotek. Tjugo artiklar lästes varav endast tio motsvarade syftet, resterande tio artiklar exkluderades. I tabell 1 beskrivs sökningsvägen.

Tabell 1. Översikt över artikelsökningen i CINAHL och Medline.

Databas	Sök-avgränsning	Sökord	Antal träffar	Lästa artiklar	Valda artiklar
CINAHL	2000-2011 Abstract Full text	lung cancer* AND narrative*	3	2	0
CINAHL	2000-2011 Abstract Full text	lung cancer* AND qualitative studies*	14	3	2

CINAHL	2000-2011 Abstract Full text	lung cancer* AND qualitative studies* AND experience	5	1	1
CINAHL	2000-2011 Abstract Full text	(lung cancer*) AND experience* AND patient perspective* AND qualitative studies*	1662	1	1
CINAHL	2000-2011 Abstract Full text	lung cancer* AND experience*	111	4	0
CINAHL	2000-2011 Abstract Full text	MM "lung cancer" AND experience* AND narrative	98	2	0
CINAHL	2000-2011 Abstract	(MH "Lung Neoplasms+") AND patient* AND experience* AND PT research	225	6	5
Medline	2000-2011 Abstract	lung cancer* AND experience* AND patient* AND qualitative	37	1	1

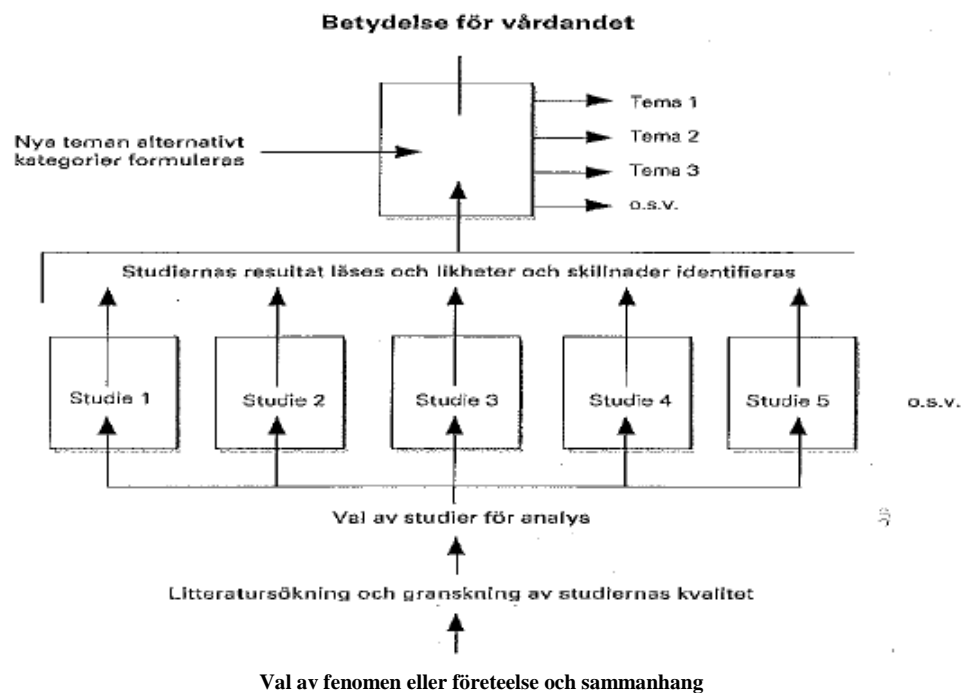
Det gjordes även en sökning av artiklar i databaserna PubMed och PsykINFO där inga nya artiklar hittades. Det gjordes även en sekundärsökning i referenslistorna på de lästa artiklarna som resulterade i att två nya artiklar hittades som överstämde med syftet. Datainsamlingen resulterade slutligen i tolv artiklar. Artikelöversikt över de valda artiklarna finns i bilaga 1.

Det gjordes en kvalitetsgranskning av de utvalda artiklarna för att se om de var vetenskapliga. Kvalitetsgranskningen utfördes efter ett antal punkter i Friberg (2006) se bilaga 2. Författarna använde sig av elva frågeställningar vid granskningen, de delades, beroende på antalet poäng, in i låg, medel och hög kvalitet. Om någon artikel hade låg kvalitet skulle den exkluderas. Granskningen visade att alla tolv artiklar hade medel eller hög kvalitet.

Analys

Analysarbetet beskrivs av Friberg (2006) som en rörelse från helhet till delar, delar som sen bildar en ny helhet. Artiklarna lästes flera gånger av båda författarna för att få en uppfattning om vad studierna handlade om. Utskrift gjordes av artiklar som sedan växlades mellan författarna för att vara medvetna om hur den andra författaren tänkte. Först lästes artiklarna i sin helhet och därefter ströks meningar under som handlade om patienters upplevelse vid lungcancer. Dessa meningar skrevs ner på en plansch för att få en överblick. På så sätt har artiklarnas resultat delats i delar. Utifrån varje mening identifierades

nyckelfynd. Nyckelfynden översattes till svenska där ordlista användes för att översättningen skulle bli så korrekt som möjligt. Likheter och skillnader jämfördes för att se om det framträdde några mönster. Den nya helheten skapades genom att delarna presenterades i kategorier av det analyserade materialet för att skapa en begriplighet och struktur i studien. Under varje kategori används citat från artiklarna för att ge läsarna en ökad förståelse för området. Nedan i figur 1 visas alla faser i arbetsgången med denna litteraturbaserade studie.



Figur 1: Faser i arbetsgången vid analys av kvalitativa studier (Friberg, 2006 s 109).

Etiska överväganden

Vid forskning är det viktigt att det inte förekommer fusk och ohederlighet. Detta innebär att budskapet och innebörden i de framtagna artiklarna inte får förvrängas. Därför har författarna ett ansvar för att tolkning av artiklarna är rätt, för att dessa inte ska framställs fel. Materialet får inte heller stjälas, plagieras eller fabriceras. Material från andra forskare får inte användas om inte källan anges (Medicinska forskningsrådet, 2003). Eftersom författarnas modersmål inte är engelska kan artiklarnas text feltolkas. Då varje artikel lästes och granskades av båda författarna minskades risken för förfalskning och missuppfattning av innehållet. Författarna var medvetna om det ansvar som medföljer gentemot andra forskare, allmänheten, samhället, samt personer som kanske vill bygga vidare på resultatet. Dessutom ska de framtagna artiklarna vara granskade och godkända i en etisk nämnd (a a).

RESULTAT

Analysen av artiklarna resulterade i följande sex kategorier; Leva med osäkerhet, stigma och skuld, upplevelser av sjukdomsrelaterade symtom, en förändrad självkänsla, att få stöd och bli bekräftad samt pendla mellan hopp och förtvivlan.

Leva med osäkerhet

I flera artiklar beskrevs hur patienter upplevde att få en diagnos av både inoperabel och obotlig lungcancer. Patienterna upplevde det som något fruktansvärt, förödande och chockerande (Berterö, Vanhanen & Appelin, 2008; Murray, Kendall, Boyd, Worth & Benton, 2004). Patienterna visade och uttryckte rädsla, sorg och osäkerhet vid diagnostisering (Murray, et. al., 2004). I Berterö, et. al., (2008) upplevde patienterna att de fick vänta alldeles för länge på diagnosen och denna väntan framkallade rädsla av att inte veta om det fanns ett botemedel eller inte. Patienterna upplevde hjälplöshet som inkluderade känslor av osäkerhet angående sjukdomen, dess orsak och symtom (Henoch, Bergman & Danielson, 2008), denna känsla var svår att hantera (Berterö, et. al., 2008). Alla frågor om sjukdomen ockuperade patienternas tankar och framkallade osäkerhet, under tiden som de kämpade med frågan kommer jag att dö? (Berterö, et. al., 2008; Murray, et. al., 2004). I samband med diagnosen uppkom frågor som: Hur kommer mitt liv att se ut nu? Kommer jag någonsin att bli som mitt gamla jag igen? Hur tänker människor om mig nu? (Murray, et. al., 2004).

. . . there are a lot of thoughts all the time . . . what will happen . . . what will happen now . . . further on . . . do I have a future . . . that is something that worries me a lot . . . it is the hardest . . . today I am managing quiet well . . . but what will the situation be like in six months?(Berterö, et. al., 2008 s 864).

Patienterna upplevde att de förlorade kontrollen över sina liv eftersom cancer tog över (Berterö, et. al., 2008; McCarthy & Dowling, 2009; Murray, Boyd, Kendall, Worth, Benton & Clausen, 2002; Murray, et. al., 2004). Patienterna uttryckte känslan av att vara fångad i en cirkel, av att inte ha ett val, och att inte kunna återfå kontroll över livet (McCarthy & Dowling, 2009).

I never knew that cancer would take over your life . . . It's like something with a mind of its own, and it tries to control you (Murray, et. al., 2002 s 931).

Upplevelsen av att cancer dominerade deras liv medförde att patienterna behövde känna en känsla av kontroll över sina kroppar för att kunna hantera situationen (Berterö, et. al., 2008).

Stigma och skuld

Patienterna med lungcancer upplevde skuld och stigma (Berterö, et. al., 2008; Chapple, Ziebland & McPherson, 2004; Ekfors, & Petterson, 2004; Tod, Craven & Allmark, 2008). Lungcancer upplevdes vara kopplad till skam och skuld i samhället, i sjukvården och människorna omkring dem. Stigma kunde upplevas som en stämpel på grund av kopplingen mellan rökning och lungcancer (Berterö, et. al., 2008). I studierna utförda av Chapple, et. al. (2004) och Ekfors och Petterson (2004) framkom att människor undvek kontakt med patienter med lungcancer när de hade fått sjukdomen. Vissa patienter upplevde att deras familj och vänner inte hade tagit kontakt med dem sedan patienterna fått diagnosen. Patienterna kände och antog att stigma relaterat till lungcancer skulle ha en stor effekt på deras liv (Chapple, et. al., 2004). Deras sociala aktiviteter blev begränsade på grund av deras känslor av skam och skuld. Patienterna upplevde att det fanns negativa attityder relaterat till lungcancer. Att prata med vänner eller anhöriga om att ha en cancerdiagnos kunde tillåtas, men en lungcancerdiagnos var något annat. Några av patienterna hade varit rökare och andra hade levt med rökare i många år. Det fanns därför känslor av skuld att de hade orsakat sin sjukdom vilket gjorde att de skuldbelade sig själva (Berterö, et. al., 2008). Det gjordes ofta koppling mellan rökning och lungcancer, inte bara av anhöriga, utan även av vårdpersonal trots att det fanns patienter som aldrig rökt (Chapple, et. al., 2004).

I think cancer does have a stigma attached to it... I think all lung cancer patients are stigmatized of smoking... When I went to see an oncologist for further treatments because I'd had an operation and I'd had half of my left lung removed, I asked them what he thought had caused it and he just laughed and said, "That's obvious, through smoking." And my wife who was with me at the time, and we've been together since we were 14, she just said, "Well he's never smoked" (Chapple, et. al., 2004 s 3).

Andra skuldbelade sig själva för att de inte sökte hjälp i tid utan väntade och hoppades att deras symtom skulle försvinna (Berterö, et. al., 2008).

Upplevelser av sjukdomsrelaterade symtom

Patienterna beskrev att svårighetsgraden och frekvensen av många symtom varierade kraftigt från dag till dag. Varaktigheten av ett visst symtom påverkade starkt hur patienterna upplevde detta symtom (Molassiotisa, Lowea, Blackhallb, & Loriganb, 2010). De mest besvärliga symtom som patienterna upplevde var dyspné, fatigue, hosta och smärta (Ekfors & Petterson, 2004; Henoch, et. al., 2008; Kiteley & Fitch, 2009; Molassiotisa, et. al., 2010).

Dyspné var en påminnelse om lungcancersjukdomen och de allvarliga konsekvenserna av att vara drabbad av en livshotande sjukdom (Henoch, et. al., 2008). Patienterna beskrev att dyspné var kopplad till svårigheter att få tillräckligt med luft under stressande fysiska aktiviteter (Ekfors & Petterson, 2004). De beskrev även dyspné som en känsla av tyngd i bröstet som orsakade svaghet och fatigue. Att leva med dyspné uttrycktes som obehagligt eller besvärande och orsakade stress, vilket skapade oro och ångest. Dyspné skapade ett tillstånd av vaksamhet och hade en negativ påverkan på koncentrationen. Patienterna kände

sig rastlösa och saknade förmåga att ta initiativ på grund av dyspné som dominerade hela deras liv. De förlorade därmed lusten att delta i nya aktiviteter (Hench, et. al., 2008).

If I'm walking, I don't need to walk far before becoming breathless. For example if I brush my teeth or shave it doesn't matter, whatever I do I become breathless. It doesn't take much (Hench, et. al., 2008 s 711).

I studien gjord av Kiteley och Fitch (2009) nämndes fatigue som det mest besvärande symtomet. Av patienternas beskrivningar delades fatigue in i mental fatigue, som upplevdes av att vara trött utan fysiska tecken, och allmän fatigue som var en känsla av svaghet i hela kroppen (Ekfors & Petterson 2004). Patienterna beskrev fatigue som försvagande och påverkade deras dagliga liv negativt (McCarthy & Dowling, 2009). Som en följd av fatigue tenderade patienterna att bli frustrerade, uttråkade och ibland deprimerade eftersom fatigue äventyrade deras livskvalitet under längre tid (Molassiotisa, et. al., 2010). Enligt Kiteley och Fitch (2009) beskrev de flesta patienterna fatigue som en allmän känsla av att sakta ner. Förmågan att inte kunna göra vad de en gång kunde göra var bedrövligt (a a).

For instance, if I try to take exercise, my breath is getting shorter, my parts are getting harder to move. You try to keep moving, but it is slower, and after a while you can't move as much. That is what I call fatigue (Kiteley & Fitch, 2009 s 27).

Hosta verkade spela en central roll i patienternas upplevelse av luftvägssymtom och outhärd hosta ledde till stora konsekvenser för patienternas dyspné och fatigue. Patienterna upplevde att hosta var vanligast och svårast under eller omedelbart efter perioder av inaktivitet, särskilt i liggande ställning medan perioder av vila och inaktivitet ofta beskrevs av patienterna som det bästa sättet att befria episoder av dyspné. Hosta ledde till sömnstörning genom att det associerades med smärta, för patienterna, där svårighetsgraden av hosta ledde till smärta och/eller skada (Molassiotisa, et. al., 2010).

Patient: . . . I can't lie on this side because I've got a broken rib which they can't do anything about until they sort this

Interviewer: How did you get that?

Patient: From coughing! (Molassiotisa, et. al., 2010 s 97).

Det vanligaste fysiska lidandet hos patienterna var smärta vilket upplevdes från en kroppsdel eller som en allmän spänning. För vissa patienter, verkade smärta bara en kort stund när de nös eller hostade. För andra kunde smärtan hålla patienterna vakna på natten (Ekfors & Petterson, 2004). Långvariga sömnstörningar kunde i sin tur förvärra patienternas fatigue och minska välbefinnandet (Molassiotisa, et. al., 2010).

The pain I have when I am in bed, I take three hours to take a rest. After that, everywhere I have pain. Not just in my chest, even the sides, here in my shoulders, even in my head, you now (Kiteley & Fitch, 2009 s 27).

Fysisk aktivitet var den vanligaste faktorn patienterna nämnde som gjorde symtomen värre. Frustration dominerade när ett symptom stört de dagliga aktiviteterna som uppfattades som

viktiga för patienterna. Patienterna beskrev hur inomhus och utomhusaktiviteter ledde till smärta, fatigue, och dyspné. Symtom beskrevs ofta som att påverka varandra. För många patienter fanns det inte någon klar skillnad mellan ett symtom och ett annat (Kiteley & Fitch, 2009). Exempelvis ledde hosta till sömnsvårigheter som i sin tur förvärrade patienternas fatigue och därmed minskade välbefinnandet. Symtom från andningsorganen, särskilt hosta, dyspné och fatigue, spelade en central roll i patienternas upplevelser av symtom. Dessa var ofta de symtom som patienterna kände gav de mest allvarligaste konsekvenserna för deras livskvalitet (Molassiotisa, et. al., 2010).

En förändrad självkänsla

Patienterna beskrev att de var tvungna att sätta på sig en mask av förtroende och mod (Berterö, et. al., 2008; McCarthy & Dowling, 2009) för att skydda anhöriga och låta dem ha ett normalt liv (McCarthy & Dowling, 2009). De höll de dåliga nyheterna för sig själva (Berterö, et. al., 2008; Yardley, Davis & Sheldon, 2001) eftersom de inte ville oroa anhöriga (Yardley, et. al., 2001). Patienterna försökte därför gömma sina symtom och andra kroppsliga förändringar. Vissa hade även svårt att erkänna för sig själva att de var allvarligt sjuka (Berterö, et. al., 2008).

Under behandlingstiden, var det oerhört viktigt att det inte fanns några biverkningar som på något sätt kunde påverka deras oberoende eller ge några signaler till vänner eller anhöriga om att allt inte var som vanligt (Berterö, et. al., 2008). Vissa patienter tyckte att det var bedrövt när de inte längre kunde göra saker som de gjort innan (Kiteley & Fitch, 2009). Detta upplevdes som en känsla av att bli en börda för anhöriga (Berterö, et. al., 2008). Patienterna var rädda för att försämrans och gjorde försök till att bevara sitt oberoende (McCarthy & Dowling, 2009; Sjölander & Berterö, 2008).

I try to manage by myself. I will try to do so as long as it's possible for me and I try not to be a burden. I don't want to be a burden to my children and I don't want them to feel compelled, I don't want that. I want to manage by myself as long as I can (Sjölander & Berterö, 2008 s 185).

Många talade om känslan värdelöshet, om att vara beroende och utestängd från sin familj och sociala roller. Detta förvärrades vid förändringar i kroppsuppfattningar som ledde till ett förändrat självförtroende och ett ifrågasättande av sin självkänsla och sitt värde för andra (Murray, et. al., 2004). Att bevara sin autonomi och integritet var en ledstjärna för patienterna (Berterö, et. al., 2008).

It's hard to explain how you feel really. It's just you're down, you're out, you're useless, and people are trying to help you and you're no wanting people to help you sort of because you're wanting to feel independent (Murray, et. al., 2004 s 42).

Många patienter försökte acceptera situationen som den var, försökte leva som vanligt, pratade och skrattade, ställde frågor och tog en dag i taget (Berterö, et. al., 2008; Ekfors & Petterson, 2004, McCarthy & Dowling, 2009). Det var viktigt för patienterna att kunna ta ansvar för sitt dagliga liv, vara oberoende och kunna agera. Att leva och fungera som vanligt gav patienterna en form av kontroll och känsla av trygghet. De ville värderas och bli behövda som den person de var och är (Berterö, et. al., 2008).

Att få stöd och bli bekräftad

För patienterna var det viktigt att känna stöd, de behövde tala om den situationen de befann sig i och dela de känslor som uppstod (Berterö, et. al., 2008). Möjligheten att prata och att bli lyssnad till var en livsviktig del av stödet (Sjölander & Berterö, 2008).

För patienterna var det viktigt med stöd ifrån deras sociala nätverk (Berterö, et. al., 2008; Ekfors & Petterson, 2004; Sjölander & Berterö, 2008). I studien gjord av Ekfors och Petterson (2004) var stöd i form av assistans från familj och vänner avgörande för att hantera situationen för de flesta patienterna. De patienter som kunde samtala med personer i sitt sociala nätverk fann att de kunde prata fritt om olika problem och där av upplevde de stöd. Det sociala nätverket bidrog till att de kunde hitta lösningar och hantera sina problem själva vilket gjorde att de kände att de hade samma värde som den person som de var innan de fick diagnosen lungcancer. Kärleksfull omsorg från familjen var en central del av det sociala stödet och genom att stödjas känslomässigt hjälpte det patienterna att inte känna sig ensamma och övergivna. En del hade anhöriga som alltid var villiga att hjälpa till och engagera sig i samtal med patienterna, i deras nya situation, vilket gjorde att de kände sig värdefulla. Detta gjorde det möjligt för dem att känna sig lugna och självsäkra (a a).

My wife is marvellous. I have two boys who give me good support. My wife is always willing to help and to infuse life into my situation...It's nice to have such people around. We meet every day, so it makes me feel good to be recognized and supported by conversation with my loved ones and relations (Sjölander & Berterö, 2008 s 184).

Även om de tyckte att stöd från anhöriga var viktigt upplevdes det svårt att be om hjälp och stöd (Berterö, et al., 2008).

Hälso- och sjukvårdspersonal, i synnerhet sjuksköterskor, upplevdes som en viktig faktor då sjuksköterskan kunde påverka hur tiden av sjukdom och behandling uppfattades (a a). Vårdpersonal var också viktig vid samtal då det gavs ett särskilt tillfälle att tala med och bli lyssnade till. Att motta information från personalen om aktuell status för deras sjukdom hjälpte patienterna att få bättre kontroll över sin egen situation. Att bemötas med respekt och att få individualiserad information från vårdpersonal hjälpte för att främja patienternas förtroende (Sjölander & Berterö, 2008).

I go to the medical services where I get support. Very good relationships. They are so. You don't think about it when you are healthy, but then later on, you think more about it, that there are people who are there for you (Sjölander & Berterö, 2008 s 184).

Tillförlitlighet och att kunna lita på sin relation till sina anhöriga, vänner och sjukvårdspersonal gjorde att patienterna kände sig trygga i sitt dagliga liv (a a). Patienterna kunde även känna stöd från andra personer med lungcancer. De delade upplevelser och olika sätt för att hantera bland annat biverkningar med varandra (McCarthy & Dowling, 2009).

Pendla mellan hopp och förtvivlan

I studierna gjorda av Berterö, et. al. (2008), Murray, et. al. (2002) och Murray, et. al. (2004), beskrev patienterna känslan av att pendla mellan hopp och förtvivlan. Löften om att behandlingen kunde ge mer tid och bättre livskvalitet gav upphov till hopp, men hopp och förtvivlan var ofta blandat (Murray, et. al., 2004). Enligt studien gjord av Ekfors, et. al. (2004) upplevde patienterna hopp som att ha en positiv känsla eller att hoppas på en positiv förbättring.

I am very optimistic and I have decided this will turn out well and that is the way it is going to be (Ekfors & Petterson, 2004 s 332).

Men för andra patienter var det svårt att hitta något hopp. Några klandrade sig själva när de återfick symtom efter behandling, andra ifrågasatte sin tro och undrade varför Gud inte hade lyssnat till deras böner. När livet kändes som hopplöst, började tankar om döden uppkomma (Hench, et. al., 2008). Enligt Murray, et. al. (2004) upplevde patienter med lungcancer en ganska tydlig sjukdomsbana från diagnos till terminal fas. Därför kunde de generellt planera för döden. Patienterna upplevde att döden var ett ständigt hot. De försökte vara positiva samtidigt som de kände att det fanns en stor sannolikhet att dö (Murray, et. al., 2002). För att kunna hantera sin rädsla inför döden pratade de med sina anhöriga om döden och döendet. De talade om praktiska saker, såsom deras begravning (Berterö, et. al., 2008). Vissa patienter uttryckte oro för att dö och för hur detta skulle hända (McCarthy & Dowling, 2009).

All I can think about is that I don't want to die. That is what I think about when things are as difficult as that specific time. I thought that if I lie down and fall asleep, I will not wake up again. That is what I think most of the time that I will not get any air and suffocate (Hench, et. al., 2008 s 712).

Vissa var inte rädda för att dö, men upplevde en sorgsen känsla över att lämna nära och kära. De ville ta del i utvecklingen av familjen, relationer med vänner och vara en del av det normala livet. Alla patienter uppgav att de inte var redo att gå vidare och att det var många saker kvar att göra (Berterö, et. al., 2008). De undrar vad de hade uppnått i sina liv och vad som fortfarande behövdes göras innan de dog (Murray, et. al., 2004). De kämpade för att upprätthålla ett normalt liv medan de penklade, ofta på samma dag, mellan hopp och förtvivlan (Murray, et. al., 2002).

Resultatsammanfattning

I resultatet framkom att patienter med lungcancer ofta uttryckte osäkerhet, att det uppkom många känslor och frågor, samt att de kände förlust av kontroll i livet. Patienterna upplevde stigma och skuld från vårdpersonal, anhöriga och samhället. Vissa skuldbelade sig själva för att ha fått sjukdomen. De besvärligaste symtomen som patienterna upplevde var dyspné, fatigue, hosta och smärta. Symtomen påverkade ofta varandra och medförde att deras livskvalité försämrades. Att leva med lungcancer gjorde att patienternas liv förändrades, de kunde inte längre göra saker som de gjort innan, detta upplevdes som en känsla av att bli en börda för anhöriga. För att kunna hantera olika situationer var stöd från det sociala nätverket och vårdpersonal viktigt, men även stöd från andra med lungcancer.

Många patienter beskrev en känsla av att pendla mellan hopp och förtvivlan. När situationen bedömdes som hopplös började tankar om döden uppkomma. Vissa var oroliga inför döden, medan andra inte var rädda, men många uppgav att de inte var redo att dö ännu.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturbaserade studie var att beskriva patienters upplevelser av att leva med lungcancer. För att få fram patienternas upplevelser valde författarna att endast använda studier med kvalitativ ansats. Genom att använda kvalitativa studier ger det författarna en djupare förståelse kring patienternas upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov än vad kvantitativa studier gör (Friberg, 2006). En svaghet med en litteraturbaserad studie är att författarna tolkar andra forskares tolkningar av intervjuer. Intervjustudie är en bättre metod för att beskriva patienternas upplevelser men författarna ansåg att det var för tidskrävande och metoden valdes därför bort.

Databaserna CINAHL och Medline valdes vid sökningar av vetenskapliga artiklar för att dessa är störst vid publicering av artiklar inom hälso- och sjukvård (Willman, et. al., 2006). Sökning av artiklar gjordes även i andra databaser, som PubMed och PsykINFO, men samma artiklar återkom, vilket tolkades av författarna som att det inte fanns flera artiklar som var relevanta för studien.

De sökorden som användes vid sökningen gav relevanta artiklar som motsvarade syftet. Artikelsökningen begränsades genom att utesluta alla studier som publicerats före år 2000 för att öka studiens trovärdighet och tillförlitlighet. Enligt Bergman, et. al. (2009) har prognosen vid lungcancer förbättrats de senaste 20 åren. Hade författarna använt äldre artiklar kunde resultatet blivit mindre trovärdigt eftersom det har skett förändringar inom symtomlindring och behandling under senare tid. Fulltext används som en avgränsning vid vissa sökningar vilket ses som en svaghet, men det gjordes även sökningar utan avgränsning med fulltext. Det resulterade i att sex nya artiklar hittades och används till resultatet.

Det var tolv artiklar som inkluderades i resultatet varav sju är utförda i Storbritannien, fyra i Sverige och en i Kanada. Det kan ses som en styrka men även som en svaghet, då det inte finns så stora skillnader mellan länderna vad det gäller kultur och sjukvårdssystem. Det framtagna resultatet beskriver endast upplevelser av inhemska personer samt av de som har bott i landet under en längre tid och talar språket flytande. De nyligen inkomna invandrarnas upplevelser av att drabbas av lungcancer framkommer inte vid intervjustudier. Detta gör att det framtagna resultatet endast kan överföras till delar av befolkningen.

Författarna hade som inklusionskriterie att endast vetenskapliga artiklar skrivna utifrån ett patientperspektiv ska användas. Men det upptäcktes att två av artiklarna är skrivna utifrån både ett patient- och ett anhörigperspektiv. Dessa väljs att inkluderas i studien men endast valda delar som är relevanta för studiens syfte används.

En kvalitetsgranskning gjordes utifrån Fribergs (2006) modell, där endast ett antal punkter användes, på grund av tidsbrist. Enligt författarnas etiska överväganden ska alla artiklar vara godkända i en etisk nämnd. I artikeln gjord av Chapple, et al. (2004) framkommer det inte om den var godkänd i en etisk nämnd. Författarna valde att inkludera denna artikel för att den är skriven ur ett patientperspektiv, motsvarar syftet och dessutom är den av bra kvalitet efter kvalitetsgranskningen.

Analysarbetet utfördes utifrån Friberg (2006) där helheten delas i delar som sedan skapade en ny helhet. Detta analysförfarande var tydligt att följa och resulterade i sex kategorier. För att minska misstolkningar har båda författarna läst artiklarna flera gånger. Dessutom översattes inte hela texterna till svenska utan ordlista har endast används vid ord som vi inte förstått. Det har varit en styrka att ha en medförfattare att diskutera med för att kunna se olika synvinklar, vilket har gett studien ett djupare innehåll och ökat tillförlitligheten.

I Friberg (2006) framkommer att citat kan användas i en litteraturbaserad studie. Citat användes i denna studie för att tydliggöra patienternas upplevelser. Författarna är medvetna om att citaten kan tas ut ur sitt sammanhang och att detta kan ses som en svaghet.

Författarna anser att fenomenet om patienters upplevelser av lungcancer som var avsikten att undersöka, är det vad vi har fått fram, och därför kan undersökningens giltighet sägas ha stärkts. Enligt Dahlberg (1997) är detta ett mått på en vetenskaplig undersökningsgiltighet.

Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie visar att det uppkom olika känslor vid diagnostisering av lungcancer då patienterna ställdes ansikte mot ansikte med en dödlig sjukdom. Dessa känslor var svåra att hantera och många frågor uppkom kring sjukdomen. Vid sådana tillfällen ställs det krav på stöd från framförallt vårdpersonal. Därför är det viktigt att sjuksköterskan tar sig tid att stanna upp hos patienterna för att lyssna och svara på frågor som de funderar över. I dagens hälso- och sjukvård kan det vara svårt för sjuksköterskan att ta sig tid att sitta ned och prata med patienten just då patienten har ett behov av att prata.

Patienterna uttryckte att cancern tog över deras liv. När detta hände upplevde de att de hade förlorat kontrollen över situationen och sina kroppar. Enligt Wiklund (2003) skapar detta ett lidande som gör att patienterna sluter sig inom sig själva på grund av skuld-känslor. Att förlora kontrollen över situationen och sina kroppar kan leda till livslidande då patienten inte kan leva upp till sin roll (Eriksson, 1994). För att lindra lidandet är det viktigt att patienterna känner att de har kontroll över situationen. Detta kan lindras genom att vårdpersonalen alltid meddelar patienterna hur allt ligger till, vilka symtom som kan uppkomma, vilka behandlingsmetoder och undersökningar som är tänkta att genomföras samt hur dessa utförs. Som vårdpersonal bör medicinska termer undvikas så långt som möjligt för att patienterna ska få en chans att förstå situationen (Fossum, 2007). För att patienterna ska få mer kontroll över situationen ska de vara med, lyssna och få möjlighet att ge förslag på sin vård vilket ökar deras delaktiga (Socialstyrelsen, 2005).

Resultatet visar att för vissa patienter innebar en lungcancerdiagnos att de hålls ansvariga för att ha orsakat sjukdomen. Moores (2004) studie visar på att det inom vården finns

negativa attityder mot patienter med lungcancer. Mycket av dessa tankar kan bero på att vårdpersonal inte anser att det finns så mycket värdefullt att göra för dessa patienter eftersom de snart kommer att dö (Moore, 2004). Att mötas av negativa attityder från vårdpersonal skapar ett vårdlidande, som enligt Eriksson (1994) ska elimineras. Men trots alla svårigheter med lungcancer och att chanserna att överleva är mycket små (Bergman, et. al., 2009), finns det mycket meningsfullt att göra för dessa patienter (Moore, 2004). I denna studie framkommer även att det finns ett behov hos patienterna av att leva så självständigt som möjligt. Det sociala stödet och stödet från vårdpersonal var avgörande för att de ska klara det. I Hill et. al., (2003) framkommer dock att vårdpersonal har begränsad förmåga att upptäcka dessa patienters behov och att de saknar förmåga att kommunicera med dem, vilket kan vara en bidragande orsak till de negativa attityderna. Anledningen till att vårdpersonal inte kan kommunicera med dessa patienter kan bero på avsaknad av kunskap om patienternas upplevelser av lungcancer. Det kan även bero på rädslan att svara fel på patienternas frågor vilket kan förvärra patientens situation (a a). För att vårdpersonal ska kunna identifiera patienternas unika behov är det en förutsättning att det finns en bra kommunikation mellan personalen och patienterna, eftersom det bara är patienten själv som kan berätta om dennes behov (Travelbee, 2006).

I resultatet framkommer att många patienter kände sig stigmatiserade på grund av deras sjukdom, inte bara av vårdpersonal, utan även av deras anhöriga och människorna runtomkring dem. De beskrev att andra cancerdiagnoser kan man prata om men en lungcancerdiagnos är något helt annat. Detta framkallade känslor av stigma och skuld hos patienterna som ledde till att dessa patienter skuldbelade sig själva för sin diagnos även om de inte varit rökare. Patienterna upplevde att stigma och skuld hade en negativ påverkan på deras liv. Deras sociala nätverk blev ofta lidande till följd av diagnosen. När patienterna anklagas för att ha orsakat sjukdomen själva viker de undan och söker ingen hjälp. Detta ledde till att deras självkänsla påverkas. Genom stöd från deras sociala nätverk och genom att sjuksköterskan kan samtala med patienter i deras nya situation känner sig patienten mer värdefull (Sjölander & Berterö, 2008), vilket i sin tur kan leda till att deras självkänsla ökar.

Patienterna upplevde att de olika symtomen påverkade varandra, vilket gjorde att de förlorade lusten att delta i aktiviteter. Detta gjorde att de kände sig beroende av hjälp och upplevde att de blir en börda för anhöriga. Att vara begränsad i sitt liv skapar ett sjukdomslidande hos patienterna (Eriksson, 1994). Enligt Socialstyrelsen (2005) är det sjuksköterskans ansvar att våga uppmärksamma och bemöta patienternas sjukdomsupplevelser och lidande och så långt som möjligt lindra detta. Att sjuksköterskan erbjuder och ger stöd vid psykosociala svårigheter att till exempel hjälpa patienter att upprätthålla goda relationer till anhöriga, vilket kan förbättra patienters upplevelser av svåra symtom (Hill, et. al., 2003), därmed kan patienters välbefinnande främjas.

Individualiserad information från vårdpersonal hjälper patienterna att få bättre kontroll över sin egen situation. I studien utförd av Dunniece och Slevin (2000) beskrivs hur sjuksköterskor upplever sig som otillräckliga då de inte kan svara på patienternas frågor, eftersom de känner att de inte har tillräckligt med kompetens för att besvara deras frågor. I den preliminära versionen av *Nationella riktlinjer för lungcancerterapi* finns rekommendationer för diagnostik, kirurgi, strålbehandling, läkemedelsbehandling, omvårdnad och palliativ vård (Socialstyrelsen, 2010). Dessa riktlinjer fungerar som

vägledning för hälso- och vårdpersonal. De preliminära riktlinjerna ökar framförallt sjuksköterskornas och även undersköterskornas kunskaper vilket i sin tur leder till bättre vård för patienterna. Riktlinjerna fungerar som ett stöd för vårdpersonal i deras arbete men dessa kan även vara ett bra stöd för patienter och deras anhöriga för att få mer kunskap om den nya situationen.

Resultatet i denna studie visar att patienterna försöker acceptera situationen som den är, leva som vanligt och ta en dag i taget. De kände att kunna ta ansvar för sitt liv är mycket viktigt för att fortsätta vara oberoende. Att vara behövd och vara en del av familjen och det sociala nätverket gjorde att patienterna kände sig uppskattade och att de hade samma värde som innan de fick diagnosen. Enligt Murray, et. al. (2004) uppkommer känslor av värdelöshet på grund av att patienterna inte ses med samma värde som innan. Enligt Wiklund (2003) är det viktigt att uppmärksamma patienternas inre upplevelser eftersom dessa är unika och personliga. Människans livsvärld och känslor måste ses för att personen ska känna välbefinnande (Dahlberg, et. al., 2010). Att bevara sin autonomi och integritet beskrivs som en ledstjärna av patienterna. Det ligger på sjuksköterskans ansvar att värna om patienternas autonomi och integritet enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005).

Under tiden som de kämpade med att bevara ett normalt liv fylls dagarna med hopp och förtvivlan. Tankar om vad som åstadkommit i livet ledde till ångest då patienterna kände att de inte hunnit göra alla de saker som de tänkt göra. Sannolikheten att dö när som helst ledde till oro för patienterna. Genom samtal om döden kan sjuksköterskan minska deras oro (Fossum, 2007). Som sjuksköterska är det viktigt att försöka skapa en bra vårdrelation med patienten vilket ger en trygghet och patienten vågar därmed tala om känsliga och svåra frågor (Moore, 2004).

Konklusion

Genom denna studie har författarna fått ökad förståelse för hur patienter med lungcancer upplever sin sjukdom. Något som visat sig vara viktigt för patienter med lungcancer är att få stöd både från anhöriga och från vårdpersonal. Stödet hjälper patienterna att kunna hantera sin situation. Det är även viktigt för dem att bevara sin integritet, autonomi och oberoendet för att inte bli en börda för anhöriga.

Studien kan användas för att öka sjuksköterskors kunskap om hur patienter upplever att det är att leva med lungcancer. I möten med patienter med lungcancer ska varje individs unika upplevelser tas hänsyn till. Genom att ha kunskap om patienternas upplevelser av att leva med lungcancer, kan sjuksköterskan lättare tillgodose patienternas basala och specifika omvårdnadsbehov, och därmed underlätta och lindra lidandet för dessa patienter genom deras sjukdomsupplevelser.

Framtida forskning bör även inriktas på nyanlända invandrades upplevelser av att drabbas av lungcancer och deras syn på sjukvården i Sverige. Det vore också intressant med studier som utifrån ett anhörigperspektiv belyser patienter med lungcancer och deras sista levnadsvecka.

REFERENSLISTA

- Bergman, B., Klominek, J. & Nyman, J. (2009). Lungcancer. I: T. Sandström & A. Eklund (Red.), *Lungmedicin* (119-134). Lund: Studentlitteratur.
- 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(5), 862-869.
- Blackledge, G., Baum, M., Van der Bogaert, W., Delozier, T., Denton, S., Eidtmann, H., Fallowfield, L., Ferrario, R., Gledhill, J., Guastalla, J.P., Hopwood, P., Kohler, U., Lee, L., Liberati, A., Paradiso, A & Veyret, C. (1998). Living with advanced breast cancer hormone treatment: the nurses perspective. *European Journal of Cancer Care*, 7, 113-119.
- Chapple, A., Ziebland, S. & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medicin Journal*, 328(7454), 1470-3.
- Cooley, M. E. (2000). Symptoms in adults with lung cancer: A systematic research review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), 137-153.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dunniece, U. & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 611-618.
- Ekfors, H. & Petterson, K. (2004). A qualitative study of the experiences during radiotherapy of Swedish patients suffering from lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 329-334.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Grefberg, N. & Johansson, L-G. (2007). *Medicinboken*. Stockholm: Liber AB.
- Henoch, I., Bergman, B. & Danielson, E. (2008). Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. *Psych-Oncology*, 17, 709-715.
- 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.

- Kiteley, C. A. & Fitch, M. I. (2009). Understanding the symptoms experienced by individuals with lung cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(1), 25-30.
- 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.
- Medicinska forskningsrådet. (2003). *MFR-rapport 2. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad från WWW 2010-11-18, <http://www.vr.se> .
- Molassiotisa, A., Lowea, M., Blackhallb, F. & Loriganb, P. (2010). A qualitative exploration of a respiratory distress symptom cluster in lung cancer: Cough, breathlessness and fatigue. *Lung Cancer*, 71(2011), 92-102.
- Moore, S. (2004). Guidelines on the role of the specialist nurse in supporting patients with lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, 13(4), 344-348.
- Moore, S. (2009). Lung cancer: causes and management. *Cancer Nursing Practice*, 8(9), 27-34.
- 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. *British Medical Journal*, 325(7370), 929-932.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A. & Benton, T. B. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 39-45.
- O'Baugh, J., Wilkes, L. M., Luke, S. & George, A. (2007). Positive attitude in cancer: The nurse's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 109-114.
- Pearman, T. (2008). Psychosocial factors in lung cancer: Quality of life, economic impact, and survivorship implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(1), 68-80.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för lungcancervård 2010 – stöd för styrning och ledning*. (2010-6-15). Hämtad från WWW 2010-11-23, www.socialstyrelsen.se .
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005-105-1). Hämtad från WWW 2010-11-24, www.socialstyrelsen.se .
- Sjölander, C. & Berterö, C. (2008). The significance of social support and social networks among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden. *Nursing and Health Sciences*, 10, 182-187.
- Tod, A. M., Craven, J. & Allmark, P. (2008). Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 336-343.
- Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter I sygepleje*. København: Munksgaard Danmark.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Willman, A., Stolz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad Omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Yardley, S. J., Davis, C. L. & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, 15, 379-386.

Tabell 2: Översiktstabell över analyserade resultatartiklar

Artikel 1	
Titel	Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers.
Författare	Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A. & Benton, T. B.
Tidskrift/Årtal	Palliative Medicine. 2004.
Syfte	Att undersöka vad patienter med livshotande sjukdom och anhöriga upplever som betydelsefulla andliga behov, hur andliga problem kan variera beroende på sjukdomsgrupp och under loppet av sjukdomen, och hur patienter och deras vårdare tror att de kan få stöd i att ta itu med andliga frågor.
Metod/Urval/ Analys	Kvalitativa intervjuer genomfördes från tre månader och upp till ett år. Tjugo patienter med inoperabel lungcancer och 20 patienter med hjärtsvikt rekryteras målmedvetet för att återspegla den lokala epidemiologin av varje villkor med avseende på ålder, kön, deprivation kategori, som bor ensam eller med en vårdare och behandling modalitet.
Resultat	Andliga frågor var viktiga för många patienter i båda grupperna, både tidigt och senare i sjukdomens progression. Huruvida patienter och vårdare hade en religiös övertygelse, uttryckte de behov av kärlek, mening, syfte och ibland överlägsenhet.
Kvalitet	Hög
Artikel 2	
Titel	Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study.
Författare	Tod, A. M., Craven, J. & Allmark, P.
Tidskrift/Årtal	Journal of Advanced Nursing. 2008.
Syfte	Identifiera faktorer som påverkar fördröjningen i rapporteringen av symtom vid lungcancer.
Metod/Urval/ Analys	Denna kvalitativa studie genomfördes från juli 2005 till maj 2006 i samhället och sjukhus i Storbritannien. Ett teleologiskt urval av personer diagnostiserad med lungcancer i föregående 6 månader (n =18), och två 18-månaders överlevande deltog i enskilda intervjuer.
Resultat	Deltagarna rapporterade en rad faktorer som påverkat fördröjningen vid rapportering av symtom på lungcancer. Hinder vid rapportering av symtom ingår; symtomerfarenhet, bristande kunskap och rädsla. Skuld och stigma på grund av rökning var också vanliga influenser, liksom kulturella faktorer, icke-standardiserade mönster av hälso- utnyttjande och underliggande stoisk inställning. Den enda faktor att framstå som hjälp i att övervinna förseningar var den roll familjerna spelade.
Kvalitet	Hög

Artikel 3	
Titel	A qualitative study of the experiences during radiotherapy of Swedish patients suffering from lung cancer.
Författare	Ekfors, H. & Petterson, K.
Tidskrift/Årtal	Oncology Nursing Forum. 2004.
Syfte	Att beskriva upplevelser under strålbehandling av patienter som lider av lungcancer.
Metod/Urval/ Analys	Induktiv. Kvalitativ studie. 15 patienter med lungcancer intervjuades under tiden som de genomgick sin andra vecka av strålbehandling. Intervjuerna genomfördes på sjukhus.
Resultat	Patienternas upplevelser kan delas in i fyra kategorier: fatigue, fysisk nöd, hantera sjukdoms- och behandlingsfrågor, och hinder för att hantera. Fatigue var en stor upplevelse uttryckt i låga energinivåer och låg kondition, som ibland leder till social isolering.
Kvalitet	Hög

Artikel 4	
Titel	Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study
Författare	Chapple, A., Ziebland, S. & McPherson, A.
Tidskrift/Årtal	British Medicin Journal. 2004.
Syfte	Skapa en bild av berättande intervjuer med patienter med lungcancer och att utforska deras upplevelser och erfarenheter av stigma
Metod/Urval/ Analys	Kvalitativ studie i Storbritannien. 45 patienter med lungcancer rekryterades genom flera källor.
Resultat	Deltagarna upplevde stigma allmänt av patienter med andra typer av cancer, men oavsett om de rökt eller inte, de kände sig särskilt stigmatiserade eftersom sjukdomen är så starkt förknippad med rökning. Interaktion med familj, vänner och läkare var ofta påverkat som följd, och många patienter, särskilt de som hade slutat röka för flera år sedan eller aldrig rökt, kände sig orättvist skuldbelagda för sin sjukdom.
Kvalitet	Medel

Artikel 5	
Titel	A qualitative exploration of a respiratory distress symptom cluster in lung cancer: Cough, breathlessness and fatigue.
Författare	Molassiotisa, A., Lowe, M., Blackhall, F. & Lorigan, P.
Tidskrift/Årtal	Lung Cancer. 2010.
Syfte	Att utforska symtomfarenheten hos patienter med cancer under en ett-årsperiod från både patient och anhörig perspektiv.
Metod/Urval/ Analys	Semistrukturerade intervjuer genomfördes med patienter och deras anhängigvårdare vid fyra tidpunkter: I början av behandlingen och sedan därefter vid tre, sex och tolv månader. Fenomenologisk analys.
Resultat	Resultaten visar att ett kluster av samverkande luftvägssymtom spela en central roll i patienters symtomfarenheter. Intervjuerna tyder också på att symtom som hosta, som är underrepresenterade i forskning vid lungcancer, kan spela en viktig roll i hur patienter upplever symtomen.
Kvalitet	Hög

Artikel 6	
Titel	Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community.
Författare	Murray, S. A., Boyd, K., Kendall, M., Worth, A., Benton, T. F. & Clausen, H.
Tidskrift/Årtal	British Medical Journal. 2002
Syfte	Jämföra sjukdomens skeden, behov och service som används av patienter med cancer och de med avancerad icke-malign sjukdom.
Metod/Urval/ Analys	Kvalitativa intervjuer var tredje månad upp till ett år med 20 patienter med lungcancer och 20 patienter med avancerad hjärtsvikt samt med deras anhörigvårdare och vårdpersonal.
Resultat	Patienter med hjärtsvikt hade en annan sjukdomsbana, mer linjärt och förutsägbart förlopp, än hos patienter med lungcancer. Den största oron från patienter med lungcancer och deras anhöriga var att stå inför döden.
Kvalitet	Hög

Artikel 7	
Titel	Understanding the symptoms experienced by individuals with lung cancer
Författare	Kiteley, C. A. & Fitch, M. I
Tidskrift/Årtal	International Journal of Palliative Nursing. 2009
Syfte	Få en bättre förståelse för patienters upplevelse av symtom vid lungcancer vid första besöket hos ett regionalt cancercentrum samt två månader senare.
Metod/Urval/ Analys	Beskrivande pilotstudie som gjordes med semistrukturerad intervju med 16 patienter. Patienterna intervjuades första gången senast två veckor efter deras första besök på kliniken, andra gången de intervjuades var två månader senare.
Resultat	De vanligaste identifierade symtomen var fatigue och smärta. Deltagarna beskrev att de fick hantera flera symtom samtidigt och hur dessa symtom identifierats över tid, och med mycket få strategier. Deltagarna beskrev symtomen som besvärliga, eftersom de störde det dagliga aktiviteterna eller framkallade känslomässiga eller kognitiva reaktioner.
Kvalitet	Medel

Artikel 8	
Titel	Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life.
Författare	Berterö, C., Vanhanen, M. & Appelin, G.
Tidskrift/Årtal	Acta Oncologica. 2008.
Syfte	Identifiera och beskriva hur personer som fått en diagnos av inoperabel lungcancer upplever dess påverkan på deras livssituation och livskvalitet.
Metod/Urval/ Analys	Data samlades in genom kvalitativa intervjuer med 23 patienter med inoperabel lungcancer. Data analyserades med fenomenologisk ansats.
Resultat	Six teman identifierades: upplevelse av osäkerhet, upplevelse av hopp, nätverk som stöd, tankar om döden, känslor av skam och skuld och anhörigas reaktioner. Dessa sex teman gav en struktur att presentera det

	väsentliga: att leva som vanligt.
Kvalitet	Hög

Artikel 9	
Titel:	Living with a diagnosis of non-small cell lung cancer: patients' lived experiences.
Författare	McCarthy, I. & Dowling, M.
Tidskrift/Årtal	International Journal of Palliative Nursing. 2009.
Syfte	Undersöka patienters upplevelser av att leva med icke-småcellig lungcancer.
Metod/Urval/ Analys	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Sex patienter med diagnos icke-småcellig lungcancer intervjuades.
Resultat	Fyra huvudteman tolkades: Maintaining my life, the enemy within, staying on the train samt I'm still me.
Kvalitet	Hög

Artikel 10	
Titel	Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer.
Författare	Henoch, I., Bergman, B. & Danielson, E.
Tidskrift/Årtal	Psych-Oncology. 2008.
Syfte	Beskriva patienter med lungcancer upplevelser av dyspné och deras strategier för att hantera sin dyspné.
Metod/Urval/ Analys	Semistrukturerade intervjuer med 20 patienter med lungcancer. Dataanalys gjordes med en beskrivande kvalitativ innehållsanalys.
Resultat	Resulterade i två domäner med sju kategorier och underkategorier. I upplevelsen av dyspné ingår fyra kategorier: utlösande faktorer, kroppsliga manifestationer, omedelbara reaktioner och långsiktiga reaktioner. I erfarenheten av att hantera dyspné ingår tre kategorier: kroppslig strategier, psykologiska strategier och medicinska strategier.
Kvalitet	Hög

Artikel 11	
Titel	The significance of social support and social networks among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden.
Författare	Sjölander, C. & Berterö, C.
Tidskrift/Årtal	Nursing & Health Science, 2008
Syfte	Identifiera och beskriva de effekter som socialt stöd och ett socialt nätverk har för vuxna personer som nyligen blivit diagnostiserats med lungcancer i Sverige.
Metod/Urval/ Analys	Tio patienter med lungcancer deltog. Uppgifterna samlades in med hjälp av kvalitativa intervjuer utifrån en intervjuguide och analyserades med hjälp av konstant jämförande analys.
Resultat	Detta ledde till en central kategori, Att få bekräftelse som person, som grundades utifrån fyra underkategorier: Bra relationer inom ett socialt nätverk, konversation möjliggör stöd, förtroende i situationen samt att klara sig på egen hand.
Kvalitet	Medel

Artikel 12	
Titel	Receiving a diagnosis of lung cancer: patients interpretations, perceptions and perspectives.
Författare	Yardley, SJ. & Davis, CL.
Tidskrift/Årtal	Palliative Medicine. 2001.
Syfte	Dokumentera patienters synpunkter när de får diagnosen lungcancer, deras attityder till metoder som används och deras idéer till förbättringar.
Metod/Urval/ Analys	Semistrukturerade intervjuer med 13 patienter som analyserades kvalitativt med hjälp av en fenomenologisk ansats.
Resultat	Det hittades fem viktiga områden: kommunikation, familj och samhällsfrågor, reaktion på diagnosen, synpunkter på behandling och prognos, och förslag på förbättringar.
Kvalitet	Hög

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier

Titel, författare och
tidskrift _____

Beskrivning av
studien _____

Finns det ett tydligt problem formulerat?	2p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns det ett etiskt resonemang?	2p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är syftet klart formulerat?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns det en beskriven metod?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns det en tydlig beskrivning av undersökningspersonerna?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Redovisas resultat klart och tydligt?	2p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns det en metoddiskussion?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns det en återkoppling till vårdvetenskapliga utgångspunkter?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sker en återkoppling till det praktiska vårdarbetet?	1p	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Låg Medel Hög

Kommentar: 0 - 6 p. Låg
7-10p. Medel
11-14p. Hög

(Modifierat efter Friberg, 2006)