



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Examensarbete**

Avancerad nivå

### **Hälsa och livskvalitet hos personer diagnostiserade med lungcancer**

---

**En deskriptiv enkätstudie**

**Health and Quality Of Life among persons diagnosed with Lung Cancer**

Författare: Malin Lithberg  
Handledare: Eva Österlund Efraimsson  
Examinator: Anna Ehrenberg  
Ämne/huvudområde: Omvårdnad  
Poäng: 15  
H13

Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
Sweden  
Tel 023-77 80 00



## **SAMMANFATTNING**

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka skattningen av hälsa och livskvalitet utifrån kön, ålder och rökvanor, hos personer med lungcancer. Vidare syftade studien till att undersöka om det fanns samband mellan specifika sjukdomssymptom och personens skattning av hälsa, livskvalitet, och förekomsten av rökning eller tidigare rökning. **Metod:** Studien genomfördes som en deskriptiv studie. Deltagarna (n=68) var samtliga diagnostiserade med lungcancer och bosatta i Dalarna, Sverige. **Resultat:** Ökade besvär av vissa sjukdomssymptom, däribland svårigheter att ta en lång promenad samt trötthet, hade ett signifikant samband med en lägre skattad hälsa. Vid ökade besvär av vissa sjukdomssymptom, däribland nedstämdhet och sömnsvårigheter, sågs samband med en lägre skattning av livskvaliteten. Personer som var, eller tidigare hade varit rökare, hade i högre utsträckning besvär av vissa sjukdomssymptom som andfåddhet och svårigheter att göra ansträngande saker. **Sammanfattning:** Studien visade att det fanns signifikanta samband mellan vissa sjukdomssymptom och hur personen med lungcancer upplever sin hälsa och livskvalitet. Detta är viktigt att bejaka i omvårdnaden av personer som drabbats för att kunna främja hälsa och livskvalitet. Det fanns även signifikanta samband mellan vissa sjukdomssymptom och förekomsten av rökning eller tidigare rökning. Detta är en indikation på att hälso- och sjukvården bör fortsätta att arbeta tobakspreventivt för att motiverat att arbeta för att personer ska sluta röka.

**Nyckelord:** *Egenvård, Hälsa, Hälsorelaterad livskvalitet, Livskvalitet, Lungcancer, Omvårdnad, Orems Egenvårdsteori.*

## **ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study was to investigate the self-rated health and quality of life, based on gender, age and smoking habits, amongst persons with lung cancer. The aim was also to investigate if there were any connection between specific symptoms and the self-rated health and quality of life, and the presence of smoking or previous smoking. **Method:** The study was conducted as a descriptive study. The participants (n=68) had a diagnosed lung cancer, and were residents of Dalarna, Sweden. **Results:** Increased impact of some of the symptoms, including difficulties to take a long walk and fatigue, had a significant connection with a lower self-rated health. Increased impact of some of the symptoms, including state of depression and difficulties to sleep, had a significant connection with a lower self-rated quality of life. Smokers and previous smokers had higher prevalence of some symptoms, including shortness of breath and difficulties to perform strenuous activities. **Conclusion:** This study showed significant connections between some symptoms and the experience of health and quality of life among persons with lung cancer. This is important to observe in the nursing care of people with lung cancer, in order to promote health and quality of life. There were also some significant connections between some symptoms and the presence of smoking or previous smoking. This indicates that it is motivated for the healthcare to continue to work with the prevention of tobacco use, in order to make people to stop smoke.

**Keywords:** *Health, Health related Quality of Life, Lung cancer, Nursing, Orem's self-care theory, Self-care, Quality of Life.*

## Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUKTION .....	5
BAKGRUND .....	5
PREVALENS .....	5
ORSAK .....	5
SYMPTOM .....	5
TYPER AV LUNGCANCER .....	6
DIAGNOSTICERING & BEHANDLING .....	6
PSYKOLOGISKA ASPEKTER VID LUNGCANCER .....	7
EGENVÅRD .....	8
OREMS EGENVÅRDSTEORI .....	8
EGENVÅRDSBEHOV ENLIGT OREM OCH SPECIFIKT VID LUNGCANCER .....	8
HÄLSA, LIVSKVALITET OCH LUNGCANCER .....	9
HÄLSA .....	9
LIVSKVALITET .....	10
HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET .....	10
TOBAKS RÖKNING .....	11
PROBLEMFÖRMULERING .....	12
SYFTE .....	13
FRÅGESTÄLLNINGAR .....	13
METOD .....	13
DESIGN .....	13
URVAL OCH POPULATION .....	13
UNDERSÖKNINGSGRUPP .....	13
DATAINSAMLINGSMETOD .....	14
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT OCH FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	15
ANALYS .....	15
RESULTAT .....	16
ÅLDER, KÖN OCH RÖKVANOR .....	16
<i>Tabell 1. Ålder, kön, rökvanor</i> .....	16
<i>Tabell 2. Rökvanor utifrån ålder</i> .....	16
HÄLSA- OCH LIVSKVALITET I FÖRHÅLLANDE TILL KÖN, ÅLDER OCH RÖKVANOR .....	17

<i>Tabell 3. Skattad hälsa och livskvalitet utifrån kön, ålder och rökvanor.....</i>	17
ANTAL SJUKDOMSSYMP TOM I FÖRHÅLLANDE TILL KÖN, ÅLDER OCH RÖKVANOR .....	18
FÖRHÅLLANDET MELLAN HÄLSA OCH LIVSKVALITET OCH ANTALET SJUKDOMSSYMP TOM .....	19
<i>Tabell 4. Skattad hälsa i mot skattad livskvalitet samt sjukdomssymptom.....</i>	19
<i>Tabell 5. Skattad livskvalitet mot skattad hälsa samt sjukdomssymptom.....</i>	19
FÖREKOMST AV SJUKDOMSSYMP TOM I FÖRHÅLLANDE TILL HÄLSA, LIVSKVALITET OCH RÖKVANOR .....	20
<i>Tabell 6. Symptom vid cancersjukdom i förhållande till hälsa, livskvalitet och tobaksrökning.....</i>	20
<i>Tabell 7. Sjukdomsspecifika symptom vid lungcancer i förhållande till hälsa, livskvalitet och cigarett rökning. ....</i>	21
DISKUSSION .....	22
RESULTATDISKUSSION.....	22
HÄLSA, LIVSKVALITET OCH ANTAL SJUKDOMSSYMP TOM UTIFRÅN KÖN OCH ÅLDER .....	22
FÖREKOMST AV SJUKDOMSSYMP TOM UTIFRÅN SKATTAD HÄLSA OCH LIVSKVALITET .....	23
HÄLSA, LIVSKVALITET OCH SJUKDOMSSYMP TOM UTIFRÅN RÖKVANOR .....	25
METODDISKUSSION.....	26
SLUTSATS .....	27
FÖRSLAG TILL VIDARE STUDIER.....	28
REFERENSER .....	29
<i>Information till patienter I</i> .....	33
<i>Information till patienter II</i> .....	34
<i>BILAGA III ENKÄT</i> .....	35

## **INTRODUKTION**

Denna studie baseras på data från en enkätstudie om förbättrat omhändertagande av patienter med lungcancer, genomfört av Landstinget Dalarna och Högskolan Dalarna år 2011.

## **BAKGRUND**

### **PREVALENS**

Cancersjukdom är, näst efter hjärt-kärlsjukdom, den vanligaste orsaken till för tidig död (Brunn, 2012). Globalt sett är lungcancer den vanligaste cancerformen, år 2007 insjuknade cirka 1,5 miljoner människor i världen, och 1,35 miljoner människor avled i sjukdomen (Jaresand (Red.), 2008). Varje år drabbas ungefär 3300 personer i Sverige av lungcancer, vilket gör sjukdomen till den femte vanligaste cancerdiagnosen (Edqvist, 2011). Nationellt, jämfört med andra cancersjukdomar, är lungcancer den cancerform som orsakar flest dödsfall, femårsöverlevnaden är runt fem procent. Lungcancer är vanligaste cancerdiagnosen bland kvinnor och, näst efter prostatacancer, även den vanligaste bland män (Jaresand (Red.), 2008).

### **ORSAK**

Majoriteten, 75-90%, av alla lungcancerfall orsakas av tobaksrökning (Brunn, 2012; Hubaux et.al., 2012). Störst är sambandet mellan tobaksrökning och skivepitelcancer samt småcellig lungcancer (Edqvist, 2011). Andra orsaker till cancerformen är exponering för skadliga ämnen som tobaksrök genom passiv rökning, radon, asbest, sot, tjära, arsenik, bilavgaser och vissa metaller (Edqvist, 2011; Hubaux et.al, 2012; Moore, 2009; Olsson, 1996) samt ärftliga anlag för lungcancer (Edqvist, 2011; Olsson, 1996). Även tidigare förekomst av strålbehandling av bröstkorgen, infektion av humant immunbristvirus och tidigare lunginfektioner ökar risken för lungcancer (Moore, 2009). Samband mellan rökning och andra riskfaktorer som nämns ovan, är inte sällan multiplikativa (Edqvist, 2011; Olsson, 1996).

### **SYMPTOM**

Hosta, pipande ljud i bröstet, andfåddhet, blodiga upphostningar och återkommande luftvägsinfektioner eller pneumonier kan vara tecken på en lungcancer. Vid ett mer avancerad stadium av lungcancer tillkommer ofta symptom som bröstsmärta, pleurit och pericardit (Edqvist, 2011; Olsson, 1996; Reitan & Schölberg (Red.), 2003). Viktnedgång, nedsatt aptit, sömnsvårigheter, kraftig trötthet, så kallad fatigue, är andra symptom vid en avancerad lungcancer (Fox & Lyon, 2006; John, 2010; Mohan et.al, 2007; Yang et.al., 2012). Vid utbredd tumörväxt och metastasering uppkommer mer spridda symptom som sjukdomskänsla, svårigheter med andningen, vena-cava superior-syndrom, sväljsvårigheter, påverkan på det

autonoma- och/eller det centrala nervsystemet, förstörade lymfkörtlar samt skelettsmärtor (Edqvist, 2011; Olsson, 1996). Kvinnliga lungcancerpatienter har oftare besvär med nedsatt aptit, medan insomningssvårigheter är vanligare förekommande hos män. I övrigt är upplevelsen av sjukdomssymptom ungefär den samma oavsett genus (Lövgren et. al., 2007).

## **TYPER AV LUNCANCER**

Lungcancer delas in i två huvudgrupper, småcellig lungcancer samt icke-småcellig lungcancer (Edqvist, 2011; Reitan & Schölberg (Red.), 2003). Icke-småcellig lungcancer står för 75-80% av alla lungcancerinsjuknanden, och delas in i flertalet undergrupper, där de två vanligaste undergrupperna är adenocarcinom och skivepitelcancer (Edqvist, 2011; Reitan & Schölberg (Red.), 2003). Småcellig lungcancer är en snabbväxande cancerform som står för ca 15-20% av alla lungcancerdiagnoser (Reitan & Schölberg (Red.), 2003). Utan behandling är småcellig lungcancer den mest aggressiva lungcancertypen, medellivslängden efter diagnos är 2-4 månader om behandling avstås (Moore, 2009).

## **DIAGNOSTICERING & BEHANDLING**

Anamnes och fysikalisk undersökning, följt av en radiologisk undersökning är det första steget i diagnostik när en lungcancer misstänks (Edqvist, 2011; Olsson, 1996). Detta kan sedan kompletteras med andra typer av undersökningar för att fastställa en eventuell lungcancers stadium. Lungcancer delas in i olika stadier beroende på tumörens storlek, lokalisation, om den infiltrerar närliggande omgivning, metastasering och förekomst av fjärrmetastaser (Olsson, 1996). Brist på kunskap, rädsla och skam över att vara eller ha varit rökare är olika faktorer som kan påverka individen att inte söka sjukvård direkt för sina sjukdomssymptom (Todd, Craven & Allmark, 2007). Merparten, 70-80%, av alla personer med lungcancer har hunnit utveckla metastaser när de får sin diagnos (Olsson, 1996; Reitan & Schölberg (Red.), 2003; Todd et.al., 2007).

Behandling för lungcancer kan ske med olika metoder; kirurgi, radioterapi och kemoterapi (Edqvist, 2011; Olsson, 1996; Reitan & Schölberg (Red.), 2003). En kombination av behandlingar är oftast mest effektivt. Stadiet på lungcancer avgör om den är operabel eller inte (Edqvist, 2011; Reitan & Schölberg (Red.), 2003; Todd et.al.2007). Det sena diagnosticerandet, samt att den drabbade personen inte sällan redan lider av andra tobaksrelaterade sjukdomar bidrar troligen till den dåliga prognosen vid lungcancer (Edqvist, 2011).



Av de som behandlas med radikal kirurgi ligger överlevnadsprocenten efter fem år runt 33 %. De flesta recidiv inträffar två till tre år efter diagnos (Olsson, 1996; Reitan & Schölberg (Red.), 2003). Radioterapi kan även användas i lindrande syfte, då det har en lindrande effekt på sjukdomens symptom hos majoriteten av de drabbade, samt ofta även har en positiv inverkan på personens livskvalitet (Reitan & Schölberg (red). 2003).

## **PSYKOLOGISKA ASPEKTER VID LUNCANCER**

Att drabbas av en cancersjukdom utlöser ofta en mängd av känslor hos den drabbade personen, såväl som dennes omgivning (Edqvist, 2011; Johnson & Klein, 1994). Vid en lungcancerdiagnos är det vanligt att drabbas av en krisreaktion (Ericson & Ericson, 2002). Chock, misstro och vrede är vanliga reaktioner. Andra reaktioner som kan förekomma är förnekelse, nedstämdhet, skam och förtvivlan (Edqvist, 2011; Johnson & Klein, 1994; Refsgaard & Frederiksen, 2012; Reitan & Schölberg (red). 2003). Känslomässig stress och förekommer ofta vid en cancerdiagnos, och vid en lungcancerdiagnos ses detta i högre utsträckning (Linden et. al., 2012). Kvinnor upplever inte sällan fler och mer ihållande emotionella besvär vid tiden kring sin lungcancerdiagnos (Lövgren et. al., 2007). Depression är vanligt förekommande hos personer med denna diagnos, och påverkar personens livskvalitet negativt (Cataldo, Jahan & Pongquan, 2012; Fox & Lyon, 2006). Kvinnor med lungcancer drabbas ofta av oro och depression i större utsträckning jämfört med män (Linden et. al., 2012). Stigmatisering är en annan vanligt förekommande känsla hos personer som drabbats av lungcancer, framförallt på grund av den starka kopplingen till tobaksbruk, vilket har en negativ inverkan på personens sociala relationer (Chapple, Ziebland & McPherson, 2004). Det finns även ett samband mellan känslan av skam och stigmatisering, och depression (Gonzalez & Jacobsen, 2012). Ensamhet, förändrad självbild och egenvärde, känsla av att vara värdelös, osäkerhet, rädsla, oro och känsla av förlust är andra emotionella faktorer som kan påverka personen och dennes välmående (Refsgaard & Frederiksen, 2012). Att leva med lungcancer är en balans med ovisshet, rädsla för framtiden och en känsla av att tappa kontrollen, och innebär ofta ett hot mot personens självkänsla (Johnson & Klein, 1994; Reitan & Schölberg (red). 2003).

## **EGENVÅRD**

### **OREMS EGENVÅRDSTEORI**

Förändringar i hälsan kan skapa ett beroende av andra människors omvårdnad, samt ett behov av anpassning till en ny livssituation (Alligood & Tomey, 2010; Jahren Kristoffersen et.al (red), 2006). Att drabbas av lungcancer innebär, förutom sjukdomssymptomen, ofta en krävande behandling (Reitan & Schölberg (red.) 2003). Vid sjukdom, så som lungcancer, påverkas inte sällan personens funktionsförmåga, vilket föranleder särskilda egenvårdsbehov (Alligood & Tomey, 2010).

Dorothea Orem beskriver i sin egenvårdsteori, egenvård som handlingar för att främja normal funktion, hälsa, välbefinnande och utveckling hos en person, samt att denne lär sig utföra, och kontinuerligt genomför, dessa handlingar (Allison, 2007; Orem, 2001). Universella egenvårdsbehov är de egenvårdsbehov som är gemensamma för alla människor, anpassade efter ålder, kön och individens nivå på utveckling (Alligood & Tomey, 2010; Orem, 2001). Till dessa egenvårdsbehov räknas tillförsel av syre, vätska och föda samt elimination, balans mellan vila och aktivitet samt mellan social kontakt och ensamhet. Motverkande av faror som hotar individens liv räknas också till universella egenvårdsbehov, likaväl som välbefinnande och upprätthållande av funktionsförmåga (Alligood & Tomey, 2010; Orem, 2001). Egenvårdsprocessen beskrivs som personens förmåga att värdera och bedöma situationer, samt välja ut och genomföra handlingar för att uppnå egenvårdsbehovet (Orem, 2001). En bristande egenvårdsförmåga föreligger då en persons egenvårdsförmåga inte svarar upp egenvårdsbehovet (Alligood & Tomey, 2010; Allison, 2007; Orem, 2001).

### **EGENVÅRDSBEHOV ENLIGT OREM OCH SPECIFIKT VID LUNCANCER**

Tiden efter lungcancerdiagnosen är ofta svår för den som drabbats (Ericson & Ericson, 2002). Sjukdom medför ofta många symptom och påverkar såväl det fysiska som psykiska måendet, vilket inverkar på personens förmåga att uppfylla sina egenvårdsbehov (Jahren Kristoffersen et.al (red), 2005 Kristoffersen et.al (red), 2006). Symptomen medför inte sällan en nedsatt fysisk förmåga och ork (Jahren Kristoffersen et.al (red), 2005), och den nya livssituationen skapar nya egenvårdsbehov (Ericson & Ericson, 2002). Orem delar upp egenvårdsbehov vid sjukdom i sex olika områden; behovet av att uppsöka sjukvård, anpassa sig till konsekvenserna av sjukdom, följa ordinerad behandling och rehabilitering, vara observant på negativa effekter av behandling, acceptera situationen och den förändrade självbilden samt lära sig att leva med sjukdomen och dess konsekvenser på ett sätt som möjliggör för fortsatt personlig utveckling (Orem, 2001). Samtliga av dessa egenvårdsområden möter en person

med lungcancer under sin sjukdomstid, genom undersökningar, diagnosticering, behandlingar och förändringar i sjukdomstillståndet. Maguire med medarbetare (2012) identifierade utifrån litteraturen nio olika områden som personer som drabbats av lungcancer kan behöva hjälp och stöd utav sjukvården för att kunna hantera. Dessa gäller de fysiska symptomen, sjukdomens/behandlings inverkan på det dagliga livet, psykiska/emotionella upplevelser, existentiella funderingar, behov av information och praktiska råd, en trygg kommunikation med sjukvården, sjukdomens inverkan på rollerna socialt- och inom familjen, samt kognitiv påverkan (Maguire et.al., 2012). Sjuksköterskan kommer vid lungcancer, precis som vid många andra sjukdomsdiagnoser, i kontakt med den drabbade personen under hela sjukdomsförloppet och har som uppgift att identifiera brister och behov i egenvårdsförmågan, och sedan, genom sin omvårdnad hjälpa personen att kompensera för dessa (Jahren Kristoffersen et.al (red), 2006; Socialstyrelsen, 2005). Detta kan ske genom aktivt utförande av hela eller delar av omvårdnadsbehovet (Fawcett, 1993; Orem, 2001) samt, när det är möjligt, arbeta för att utveckla personens egen förmåga till egenvård (Orem, 2001). Det huvudsakliga ansvaret för en patients omvårdnad vilar på sjuksköterskan och omfattar planering, genomförande och utvärdering av omvårdnadsåtgärder. Detta sker i samverkan med annan personal inom hälso- och sjukvården (Kihlgren (red), 2000). Syftet med omvårdnaden är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa samt motverka komplikationer i samband med sjukdom, behandling och sjukvård (SOFS 1993:17; Socialstyrelsen, 2005). Vidare ska omvårdnaden minska lidande samt, när det är aktuellt, ge möjlighet till en värdig död. (SOFS 1993:17).

## HÄLSA, LIVSKVALITET OCH LUNGCANCER

### HÄLSA

Hälsa definieras enligt Världshälsoorganisationen, WHO, som ett subjektivt begrepp och kan ses som ett tillstånd av fullständig fysisk-, mentalt- och socialt välmående, och inte huvudsakligen frånvaro av sjukdom (WHO, 1997). Detta är även den definition som används inom omvårdnadsvetenskapen, där hälsa beskrivs som ett filosofiskt begrepp som omfattar mer än endast frånvaro av sjukdom (Willman i Edberg & Wijk (red.) 2009). Upplevelse av hälsa är något som personen själv skapar i sitt dagliga liv. Olika faktorer kan dock påverka personens hälsa. Dessa kan vara kroppsliga, som sjukdom, skador och smärta. Men även yttre faktorer som avsaknad av arbete och sociala kontakter kan påverka upplevelsen av hälsa (Willman i Edberg & Wijk (red.) 2009).

## LIVSKVALITET

Livskvalitet är, enligt WHO, personens uppfattning av sin livssituation, i förhållande till den kultur och de värderingar som denne lever och relaterar till, vad gäller mål, uppfattningar, förväntningar och funderingar (WHO, 1997). Det är ett multidimensionellt begrepp som omfattar personens subjektiva uppfattningar kring livets positiva och negativa aspekter (CDC, 2011). Förhållandet mellan hälsa och livskvalitet är tvetydigt. Enligt Willman (i Edberg & Wijk (red.) 2009) kan livskvalitet beskrivas som hur personen hanterar sin situation. I delar av litteraturen beskrivs hälsa som meningslöst om livet inte har innehåll och mening (Willman i Edberg & Wijk (red.) 2009).

## HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET

Hälsorelaterad livskvalitet, HRQL, är personens egen upplevelse av hälsa och sjukdom och ohälsa i relation till den livskvalitet som han/hon upplever (Nilsson, 2003). Det omfattar de aspekter av livskvaliteten som tydligt kan påverka hälsan, antingen fysiskt eller psykiskt. Olika faktorer, som hälsorisker och hälsotillstånd, funktionsnivå, socialt stöd och socioekonomisk tillhörighet, kan påverka den hälsorelaterade livskvaliteten på det individuella planet (CDC, 2001). Genom subjektiva erfarenheter, förväntningar och uppfattningar kring den egna hälsan kan den hälsorelaterade livskvaliteten variera kraftigt mellan olika individer, trots att de har identiskt hälsostatus (Crosby, Kolotkin & Williams, 2003). En förbättrad funktionsnivå eller minskade sjukdomssymptom innebär inte sällan en betydelsefull förändring för hur en person upplever sin livskvalitet (Crosby et.al., 2003). Orems teori om egenvårdsbrist lyfter fram sjuksköterskans uppgift att stärka individens egenvårdsförmåga och anpassa miljön, vilket kan hjälpa personen med lungcancer att bibehålla och stärka sin egenvårdsförmåga och funktionsnivå (Allison, 2007; Fawcett, 1993, Orem, 2001).

Yang med medarbetare (2012) fann i sin studie att personer med lungcancer över tid skattade sin livskvalitet sämre i 35% av fallen och att förvärrade besvär med fatigue, smärta, dyspné, hosta och nedsatt aptit då var utmärkande för denna grupp. De fann även att 15% av deltagarna listade sin livskvalitet högre efter ett antal år. Utmärkande för dessa var att symptombördan inte lättat, och författarna tolkar det som att personerna anpassat sig till sin fysiska hälsa (Yang et.al., 2012). Mohan med medarbetare (2007) studerade livskvalitet hos lungcancerpatienter och fann att multiplikativa symptom, begränsad fysisk förmåga och förekomst av dyspné var faktorer som hade en signifikant negativ inverkan på personens livskvalitet. Även i denna studie sågs samband mellan livskvalitet och dyspné, fatigue,

sömnpromblem och bristande aptit. Totalt sett har lungcancerpatienter i denna studie en otillfredsställande livskvalitet (Mohan, et. al., 2007). John (2010) identifierade olika faktorer som var viktiga för lungcancerpatienters känsla av välbefinnande. Dessa faktorer var socialt stöd, stöd från familj, att vara funktionellt oberoende, psykiskt välmående samt ha en religiös tillhörighet. Den faktor som hade störst negativ inverkan på deltagarna var kraftig trötthet, på engelska fatigue (John, 2010). Även Fox och Lyon (2006) identifierade fatigue som det mest intensiva av symptomen hos personer som överlevt lungcancer. Studien visade att det fanns ett samband mellan fatigue och depression, samt att dessa symptom hade en negativ inverkan på individens livskvalitet (Fox & Lyon, 2006). Garces med medarbetare (2004) undersökte sambandet mellan livskvalitet och cigarettrökning efter lungcancerdiagnos. Studien visar att personer som fortsatte röka efter sin lungcancerdiagnos upplevde större förekomst av nedsatt aptit, fatigue, hosta, andnöd, nedsatt livskvalitet samt sjukdomspåverkan i de dagliga aktiviteterna, jämfört med de som aldrig hade rökt. De som tidigare varit cigarettrökare angav en lägre förekomst av ovanstående faktorer jämfört med de som fortfarande var rökare (Garces et.al., 2004).

## **TOBAKS RÖKNING**

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2011). Dessa riktlinjer omfattar de fyra levnadsvanor som bidrar mest till sjukdomsördan i landet; riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor samt tobaksbruk. Hälsosamma levnadsvanor kan, enligt Socialstyrelsen (2011), förebygga ungefär en tredjedel av alla cancerfall.

Personer som röker dagligen har en kraftigt förhöjd risk att drabbas av sjukdom och för tidig död. Rökning ökar kraftigt risken för flertalet sjukdomar, däribland cancer (Statens Folkhälsoinstitut, 2007; Socialstyrelsen, 2011). Även passiv rökning är skadligt och kan orsaka allvarliga sjukdomar (Statens Folkhälsoinstitut, 2007). Personer som röker har en ökad risk att utveckla lungcancer. Om personen slutar röka minskar risken att utveckla lungcancer efter cirka ett år, men förblir dock högre jämfört med individer som aldrig rökt (Blakely et.al, 2013).

Personer med ohälsosamma levnadsvanor ska uppmärksammas och erbjudas hjälp av hälso- och sjukvården för att kunna bryta ohälsosamma beteenden och förbättra sina levnadsvanor. Samtliga aktörer inom hälso- och sjukvård bör arbeta hälsoförebyggande (Socialstyrelsen, 2011). Huvudansvaret för hälsoförebyggande arbete vilar dock på primärvården (Statens

Folkhälsoinstitut, 2007). Sjuksköterskor har genom sin profession stora möjligheter att identifiera riskfaktorer och påverka människors val av livsstil, och i sjuksköterskans omvårdnadsroll ingår hälsofrämjandearbete samt sjukdomsprevention som en viktig del (Post & Gilljam, 2003). Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan aktivt arbeta för att identifiera och förebygga hälsorisker, samt, när det är aktuellt, motivera personen till livsstilsförändring. Att få besked om att man har drabbats av en tobaksrelaterad sjukdom, så som lungcancer, kan ge olika reaktioner såsom skuld känslor och skam men även förnekelse av tobakens roll för sjukdomens utveckling (Chapple, Ziebland & McPherson, 2004; Post & Gilljam, 2003; Refsgaard & Frederiksen, 2012). Sjuksköterskans roll är att stödja personen i den aktuella situationen, precis som Orem beskriver i sin egenvårdsteori, samt att ge tröst och förståelse för de känslor som den drabbade upplever (Orem, 2001; Post & Gilljam, 2003). Sjuksköterskan ska även vara uppmärksam på, och identifiera, de personer som är i behov av professionell behandling för den livskris som sjukdomsbeskedet inte sällan för med sig (Post & Gilljam, 2003). Om det är aktuellt med rökavvänjning, är kvalificerat rådgivande samtal den bästa behandlingen för rökavvänjning i samband med lungcancer (Socialstyrelsen, 2011). Med kvalificerat rådgivande samtal menas att hälso- och sjukvårdspersonalen för en dialog med personen och anpassar åtgärderna individuellt. Åtgärderna bygger antingen på samtalsteorier eller metoder. En av de vanliga samtalsmetoderna för kvalificerat samtal är motiverande samtal, ofta förkortat "MI" (Socialstyrelsen, 2011).

## **PROBLEMFORMULERING**

Lungcancer är den vanligaste cancerformen globalt. Prognosen för personer som drabbas av sjukdomen är oftast dålig, endast fem procent av dessa individer är i livet fem år efter diagnostisering. Majoriteten av alla lungcancerfall orsakas av tobaksrökning. Sjukdomssymptom vid lungcancer hos rökare är också mer omfattande jämfört med de som slutat röka. Att drabbas av en tobaksrelaterad sjukdom medför inte sällan en känsla av skuld och skam. Symptom vid lungcancer har ofta en negativ inverkan på den drabbades funktionsförmåga vilket kan leda till egenvårdsbrist, försämrad livskvalitet och därmed till särskilda egenvårdsbehov. Det huvudsakliga omvårdnadsansvaret för en patient vilar på sjuksköterskan som, genom sin omvårdnad, ska hjälpa personen att kompensera för dennes egenvårdsbrister. En förbättrad funktionsnivå eller minskade sjukdomssymptom har ofta en positiv påverkan på den enskildes känsla av livskvalitet. Då endast ett fåtal studier gjorts vad gäller samband mellan sjukdomssymtom, rökvanor, demografiska data och personens skattning av hälsa och livskvalitet är denna studie ett värdefullt tillskott för att öka kunskapen

hos hälso- och sjukvårdspersonal för att genom detta kunna främja upplevelsen av känsla och livskvalitet hos personer som drabbats av lungcancer.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att undersöka hur personer med lungcancer skattade sin hälsa och livskvalitet, utifrån ålder, kön och rökvanor. Vidare syftade studien till att undersöka om det fanns några samband mellan personens skattning av hälsa och livskvalitet och förekomsten av specifika sjukdomssymptom, samt mellan cigarettrökning och förekomsten av specifika sjukdomssymptom.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

- Hur ser skattningen av hälsa och livskvalitet ut, utifrån ålder, kön samt rökvanor?
- Hur ser förekomsten av antalet sjukdomssymptom ut, utifrån kön, ålder och rökvanor?
- Hur ser skattningen av hälsa och livskvalitet ut, utifrån antalet sjukdomssymptom?
- Finns det några samband mellan specifika sjukdomssymptom och personens skattade hälsa och livskvalitet?
- Finns det några samband mellan cigarettrökning och förekomsten av specifika sjukdomssymptom?

## **METOD**

### **DESIGN**

Studien har genomförts som en deskriptiv enkätstudie.

### **URVAL OCH POPULATION**

Populationen var samtliga personer bosatta i Dalarna, diagnostiserade med en lungcancer och som besökt lungavdelningen eller mottagningen, på medicinkliniken på Falu Lasarett under april och maj 2011 (n=138). Urvalet bestod av de som valde att delta i studien, totalt 86 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 68,8%,

### **UNDERSÖKNINGSGRUPP**

Visst internt bortfall förkommer, detta gäller ålder (n=2), boendeform (n=4) och rökvanor (n=3). Åldersintervallen är indelade utav Institutet för kvalitetsindikatorer, INDIKATOR, som sammanställde rådatan från enkäterna. Undersökningsgruppen (n=86) bestod av 52 % (n=45) kvinnor och 48 % (n=41) män. Åldersspridningen; 49 % (n=42) var 65-74 år, 30 % (n=26) var 75år eller äldre. 16 % (n=14) var 45-64 år. Endast 2 % (n=2) av deltagarna var 44 år eller yngre. Boendesituation; 62 % (n=53) var sambo, och 38 % (n=33) var ensamboende. Av

deltagarna bodde 93 % (n=80) av deltagarna i eget boende, och 2 % (n=2) i annat boende. Merparten av deltagarna, 93 % (n=80) hade svenska som modersmål. 62 % (n=53) hade en grundskoleutbildning, 30 % (n=26) en gymnasieutbildning, och 8 % (n=7) en universitets- eller högskoleutbildning. Rökvanor; majoriteten av deltagarna i studien, 69 % (n=59) var före detta rökare, 9 % (n=8) var fortfarande rökare och 19 % (n=16) hade aldrig varit rökare.

## **DATAINSAMLINGSMETOD**

Data insamlades via tre frågeformulär. Det första frågeformuläret berörde hälsa och erfarenheter av vården och bestod av totalt 71 frågor, indelade i 13 olika kategorier. Inga av dessa frågor användes i föreliggande studie. Det andra frågeformuläret bestod av mätinstrumentet EORTC QLQ-C30 (version 3) och det tredje av mätinstrumentet EORTC QLQ-LC13.

EORTC QLQ-C30 samt EORTC QLQ-LC13. EORTC rekommenderas av den internationella PROM-gruppen för patientrapporterade utfallsmått hos lungcancerpatienter (SKL, 2011). De är så kallade PROM-instrument, vilket står för patientrapporterade utfallsmått, "Patient Reported Outcome Measure" (SKL, 2011). I sådana mått inkluderas sjukdomssymptom, funktionsförmågan samt patientens hälsa och/eller hälsorelaterade livskvalitet. QLQ-C30 är ett mätinstrument framtaget av European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC. Instrumentet mäter hälsorelaterad livskvalitet hos cancerpatienter, vilket bygger på en skattning av symptom och funktioner som kan påverkas i samband med sjukdomens förlopp och behandling. EORTC QLQ-C30 bygger på fem funktionella faktorer; fysiska, emotionella, kognitiva, sociala, och roller (Jang et.al., 2010). Tre symptomgrupper; illamående/kräkning, smärta och fatigue, samt sex enskilda symptom mätningar av dyspné, sömn, förstoppning respektive diarré, aptit samt påverkan på ekonomiska inkomster. Dessa faktorer och symptomskattningar graderas av patienten på en skala mellan 1 och 4, där ett står för "inte alls", och fyra för "mycket". Vidare så inkluderas två skalor för skattning av total hälsa samt total livskvalitet under den senaste veckan. Dessa faktorer skattas på en skala mellan 1 och 7, där ett innebär "mycket dålig" och sju "utmärkt" (Jang et. Al., 2010). EORTC QLQ-LC13 är det diagnosspecifika mätinstrumentet för livskvalitet vid en lungcancersjukdom (SKL, 2011). Detta mätinstrument omfattar symptom och funktionella faktorer specifika för den aktuella cancerdiagnosen. Även här graderas symptomen på en skala 1-4, med samma innebörd i de numeriska värdena som i QLQ-C30 instrumentet. Detta instrument innehåller även en följdfråga på ett av symptomen där ett individuellt svar kan anges. Detta är frågan



”Har du haft ont på andra ställen i kroppen?” och följdfrågan, där individuellt svar kan anges, ”Om ja, var?”.

## **TILLVÄGAGÅNGSSÄTT OCH FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enkäterna distribuerades genom brev till målgruppen, via Institutet för kvalitetsindikatorer, Indikator. Kuvertet innehöll ett informationsbrev riktat till deltagaren med en förfrågan om deltagande i studien och information om studiens syfte, vilket var att utvärdera ett förbättringsarbete av vårdprocessen för patienter med lungcancer för att öka helhetssynen i vården och delaktigheten för patienter och närstående. Det framgick i informationsbrevet att deltagandet var helt frivilligt, att beslut om deltagande inte påverkar individens fortsatta kontakter med sjukvården samt att han/hon närsomhelst kan välja att avbryta sitt deltagande utan att motivera detta. Det garanteras att svaren skulle sammanställas så att inga svar från enskilda individer kunde urskiljas. Vidare innehöll utskicket en samtyckesblankett och information om personuppgiftslagen och hur svarsformulären skulle hanteras, samt enkäten med de tre frågeformulären. De tillfrågade som önskade delta i studien returnerade enkäten i ett svarskuvert till Indikator, Institutet för kvalitetsindikatorer, som ansvarade för sammanställningen av materialet. Till denna studie valdes delar av frågeformulären, relevanta för studiens syfte, ut.

## **ANALYS**

Resultatet av enkäterna sammanställdes i en excellfil med rådata av personal vid Indikator. Materialet som användes till denna studie var information om rökvanor samt svaren från de två olika mätinstrument, EORTC QLQ-C30 (version 3) samt EORTC QLQ-LC13. Materialet analyserades sedan med hjälp av statistikprogrammet SPSS. Faktorerna upplevd hälsa, upplevd livskvalitet samt tobaksrökning analyserades mot symptomskattningsskalorna i mätinstrumenten QLQ-C30 samt QLQ-LC13. Fishers Exact test, 2 sig. användes för att identifiera signifikanta samband mellan skattad hälsa samt livskvalitet och förekomsten av specifika sjukdomssymptom samt mellan cigarettökning (rökare samt tidigare rökare) och förekomsten av specifika sjukdomssymptom. På grund av det begränsade antalet deltagare i studien kunde ingen signifikansanalys kring samband göras mellan hälsa och livskvalitet och kön, ålder och rökvanor (frågeställning ett och två) samt antalet förekommande sjukdomssymptom och den upplevda hälsan och livskvaliteten (frågeställning 3). För detta användes deskriptiv statistik med spridningsmått och centralmått.

## RESULTAT

Det som studerats är deltagarnas skattade hälsa och livskvalitet utifrån ålder, kön, rökvanor och antal sjukdomssymptom samt deltagarnas skattade hälsa och livskvalitet i förhållande till specifika sjukdomssymptom. Inga signifikanttester på faktiska skillnader har genomförts för datan i tabellerna 1-5.

I formuläret QLQ – LC13 finns frågan ”Har du haft ont på andra ställen i kroppen?” och följdfrågan, där den som fyller i enkäten kan skriva ett eget svar, ”Om ja, var?”. I denna studie har författaren valt att utesluta följdfrågan, med egenformulerade svar, för att kunna analysera datan med hjälp av statistikbearbetningsprogrammet SPSS.

### ÅLDER, KÖN OCH RÖKVANOR

Tabell 1 visar fördelningen av män och kvinnor inom de olika ålderskategorierna 44 år eller yngre, 45-64 år, 65-74år samt 75 år eller äldre. Tabellen visar även på deltagarnas rökvanor utifrån kön. Rökvanorna delades in i tre olika kategorier; aldrig rökare, tidigare rökare samt rökare. Samtliga alternativ avsåg tobaksrökning.

Tabell 1. Ålder, kön, rökvanor

	Antal deltagare	Man	Kvinna
<b>RÖKVANOR</b>			
Aldrig rökare	18,60 % (n=16)	10,47 % (n=9)	8,14 % (n=7)
Tidigare rökare	68,60 % (n=59)	33,72 % (n=29)	34,88 % (n=30)
Rökare	9,30 % (n=8)	4,65 % (n=4)	4,65 % (n=4)
Ej angivet	3,49 % (n=3)	---	---
<b>ÅLDER</b>			
<44 år	2,33 % (n=2)	1,16 % (n=1)	1,16 % (n=1)
45-64 år	16,28 % (n=14)	6,98 % (n=6)	9,30 % (n=8)
65-74 år	48,84 % (n=42)	24,42 % (n=21)	24,42 % (n=21)
>75 år	30,23 % (n=26)	12,79 % (n=11)	17,44 % (n=15)
Ej angivet	2,33 % (n=2)	---	---

Tabell 1 visar att fördelningen av män och kvinnor i de fyra åldersgrupperna var mycket jämn. Tabellen visar även att det var en jämn spridning av män och kvinnor inom de olika kategorierna av rökvanor.

Rökvanornas fördelning i de olika åldersgrupperna presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Rökvanor utifrån ålder

	Aldrig rökare	Tidigare rökare	Rökare	Ej angivet
<b>ÅLDER</b>				
<44 år	100 % (n=2)	0,00 % (n=0)	0,00 % (n=0)	---
45-64 år	14,29 % (n=2)	71,43 % (n=10)	14,29 % (n=2)	---
65-74 år	11,90 % (n=5)	73,81 % (n=31)	9,52 % (n=4)	4,76 % (n=2)
>75 år	28,00 % (n=7)	64,00 % (n=16)	4,00 % (n=1)	4,00 % (n=1)
Ej angivet	---	66,67 % (n=2)	33,33 % (n=1)	---

Tabell 2 visar att ingen av de deltagare som var 44 år och yngre hade varit rökare. I de övriga åldersgrupperna hade 14,29% av deltagarna i åldern 45-64 år, 11,9% av deltagarna i åldern

65-74 år och 28% av deltagarna som var 75 år eller äldre aldrig varit rökare. Bland deltagarna i åldern 45-64 år var 14,29% rökare, motsvarande siffra för deltagare 65-74 år var 9,52% och bland deltagare 75 år och äldre 4%.

## HÄLSA- OCH LIVSKVALITET I FÖRHÅLLANDE TILL KÖN, ÅLDER OCH RÖKVANOR

Tabell 3 visar den skattade hälsan och livskvaliteten utifrån kön, ålder och rökvanor. Hälsan och livskvaliteten har skattats på en 7-gradig Likertskala, där 1 innebär mycket dåligt och 7 innebär utmärkt. Tabellen visar även på medelvärdet av antalet symptom som deltagarna angav att de hade en hel del- eller mycket besvär av.

Tabell 3. Skattad hälsa och livskvalitet utifrån kön, ålder och rökvanor

	Antal deltagare	Antal som skattat upplevd hälsa 5-7	Medelvärde upplevd hälsa	Antal som skattat upplevd livskvalitet 5-7	Medelvärde upplevd livskvalitet	Medelvärde antal symptom som skattats 3-4 <sup>1</sup>	Intervall på antal skattade symptom 3-4 <sup>2</sup>
<b>RÖKVANOR</b>							
Aldrig rökare	18,60 % (n=16)	56,30 % (n=9)	4,50	56,30 % (n=9)	4,69	4,56	0-16
Tidigare rökare	68,60 % (n=59)	44,83 % (n=26)	4,29	44,07 % (n=26)	4,26	9,46	0-23
Rökare	9,30 % (n=8)	14,29 % (n=1)	3,71	25,00 % (n=2)	4,13	10,38	2-22
Ej angivet	3,49 % (n=3)	---	---	---	---	---	---
<b>KÖN</b>							
Man	47,67 % (n=41)	47,50 % (n=19)	4,38	46,34 % (n=19)	4,32	8,39	0-23
Kvinna	52,33 % (n=45)	43,19 % (n=19)	4,27	44,45 % (n=20)	4,29	8,51	0-23
Ej angivet	---	---	---	---	---	---	---
<b>ÅLDER</b>							
<44 år	2,33 % (n=2)	50,00 % (n=1)	4,50	50,00 % (n=1)	4,50	3,00	2-4
45-64 år	16,28 % (n=14)	35,71 % (n=5)	4,14	35,71 % (n=5)	4,00	9,79	3-17
65-74 år	48,84 % (n=42)	43,90 % (n=18)	4,32	42,86 % (n=18)	4,31	9,10	0-23
>75 år	30,23 % (n=26)	50,00 % (n=13)	4,31	53,85 % (n=14)	4,42	6,42	0-23
Ej angivet	2,33 % (n=2)	---	---	---	---	---	---

Bortfall i vissa kategorier där deltagare ej angivit svar. Kategorier och bortfall i antal: Ålder: 2st; Rökvanor: 3st; Upplevd hälsa: 2st.

<sup>1</sup>= Antal symptom (se tabell 5+6, symptom 1-28 samt 31-43) där deltagaren skattat värdet 3 eller 4 (på en 4-gradig skala där 1=Inte alls besvär, 2=lite besvär, 3=en hel del besvär, 4=mycket besvär).

<sup>2</sup>= Intervall mellan antalet skattade symptom enl. <sup>1</sup>, där lägsta resp. högsta antalet skattade värden 3-4 anges.

Tabell 3 visar att 47,5% av de manliga deltagarna, och 43,19% av de kvinnliga deltagarna skattade sin hälsa som 5 eller högre. Medelvärdet av den skattade hälsan var 4,38 bland männen och 4,27 bland kvinnorna. Bland studiens deltagare skattade 46,34% av männen sin livskvalitet som 5 eller högre, motsvarande siffra bland kvinnorna var 44,45%. Medelvärdet av den skattade livskvaliteten var 4,32 bland männen och 4,29 bland kvinnorna. (Tabell 3).

Hälften av deltagarna i åldersgruppen 44år eller yngre skattade sin hälsa som 5 eller högre på den 7-gradiga skalan. Motsvarande andel hos deltagare som var 45-64 år var 35,71%, hos deltagare 65-74 år 43,9% och hos deltagare som var 75 år eller äldre 50%. Medelvärdena på den upplevda hälsan var 4,5 bland deltagare som var 44 år eller yngre, 4,14 bland deltagare som var 45-64 år och 4,32 bland deltagare i åldersgruppen 65-74 år. Hos deltagare som var 75 år eller äldre var medelvärdet på den skattade hälsan 4,31. Av de deltagare som var 44 år eller yngre skattade 50% sin livskvalitet som 5 eller högre. Motsvarande andel bland deltagare 45-64 år var 35,71%, 65-74 år 42,86% och 75 år eller äldre 53,85% . Medelvärdena på den skattade livskvaliteten bland deltagarna var 4,5 bland deltagare 44 år eller yngre, 4,0 bland deltagare 45-64 år, 4,31 hos åldersgruppen 65-74 år och 4,42 hos deltagarna som var 75 år eller äldre.

Tabell 3 visar att 56,3% av deltagarna i gruppen som aldrig varit rökare skattade sin hälsa på 5 eller högre på den 7-gradiga Likertskalan. Motsvarande antal hos tidigare rökare var 44,83%. Hos de deltagare som fortfarande rökte skattade 14,29% sin hälsa som 5 eller högre. Medelvärdet på den upplevda hälsan var 4,5 hos de som aldrig rökt, 4,29 hos de som tidigare varit rökare och 3,71 hos de som fortfarande rökte. Av de deltagare som aldrig varit rökare skattade 56,3% sin livskvalitet som 5 eller högre på den 7-gradiga Likertskalan. Bland tidigare rökare var motsvarande andel 44,07% och bland rökare 25%. Medelvärdet på den upplevda livskvaliteten var 4,69 hos de som aldrig rökt, 4,26 hos de som tidigare varit rökare och 4,13 hos de som fortfarande rökte.

### **ANTAL SJUKDOMSSYMPATOM I FÖRHÅLLANDE TILL KÖN, ÅLDER OCH RÖKVANOR**

Tabell 3 visar att medelvärdet av antalet sjukdomssymptom, med skattat värde 3 eller 4 (en hel del eller mycket besvär) på den 4 gradiga symptomskalan, var 8,39 för de manliga deltagarna i denna studie. Motsvarande siffra för de kvinnliga deltagarna var 8,51. Hos deltagare som var 44 år eller yngre, var medelvärdet på antal sjukdomssymptom, med skattat värde 3 eller 4, 3,0. Motsvarande medelvärde för de andra åldersgrupperna var 9,79 bland deltagare 45-64 år, 9,10 bland deltagare 65-74 år och 6,42 bland deltagare 75 år eller äldre. De deltagare som aldrig varit rökare hade i genomsnitt 4,56 sjukdomssymptom där de skattat värdet 3 eller 4. Hos personer som tidigare varit rökare var medelvärdet 9,46 och bland rökare 10,38.

## FÖRHÅLLANDET MELLAN HÄLSA OCH LIVSKVALITET OCH ANTALET SJUKDOMSSYMPATOM

I tabell 4 och 5 presenteras det skattade värdet för hälsa och livskvalitet mot varandra samt utifrån medelvärdet på antalet sjukdomssymptom som skattats 3 eller 4 (en hel del eller mycket besvär) på den 4 gradiga symptomskalan.

*Tabell 4. Skattad hälsa i mot skattad livskvalitet samt sjukdomssymptom*

Upplevd hälsa; skattat värde	Antal deltagare som skattat värdet	Antal av deltagare, i kolumn 2, som skattat upplevd livskvalitet 5-7	Medelvärde upplevd livskvalitet	Medelvärde antal symptom som skattats 3-4	Intervall på antal skattade symptom 3-4
1	1,16 % (n=1)	0 % (n=0)	2,00	22,00	22
2	3,49 % (n=3)	0 % (n=0)	2,33	14,00	9-21
3	19,77 % (n=17)	11,76 % (n=2)	3,29	9,76	0-23
4	29,07 % (n=25)	16,00 % (n=4)	3,96	10,52	2-23
5	29,07 % (n=25)	84 % (n=21)	4,84	7,56	0-23
6	12,79 % (n=11)	90,91 % (n=10)	5,73	2,27	0-9
7	2,33 % (n=2)	100 % (n=2)	7,00	0	0
Ej angivet	2,33 % (n=2)	---	---	---	---

Tabell 4 visar att merparten, 77,9% av deltagarna skattade sin upplevda hälsa mellan 3-5 på den 7-gradiga Likertskalan. Medelvärdet på antalet sjukdomssymptom, som skattats 3 eller 4 på den 4 gradiga symptomskalan, var 22 för de som skattat sin hälsa som 1 (mycket dålig). Motsvarande medelvärde vid de andra skattningsvärdena av hälsa var 14 för de som skattat värdet 2, 9,76 vid skattat värde 3 och 10,52 vid skattat värde 4. Medelvärdet av antalet symptom hos deltagare som skattat värdet 5 var 7,56 och vid skattat värde 6 var detta 2,27. Ingen av deltagarna som skattade sin hälsa som 7 (utmärkt) upplevde en hel del eller mycket besvär utav något av sjukdomssymptomen.

*Tabell 5. Skattad livskvalitet mot skattad hälsa samt sjukdomssymptom*

Upplevd livskvalitet; skattat värde	Antal deltagare som skattat värdet	Antal av deltagare, i kolumn 2, som skattat upplevd hälsa 5-7	Medelvärde upplevd hälsa	Medelvärde antal symptom som skattats 3-4	Intervall på antal skattade symptom 3-4
1	1,16 % (n=1)	0 % (n=0)	3,00	19,00	19
2	5,81 % (n=5)	20,00 % (n=1)	2,80	15,80	9-22
3	19,77 % (n=17)	5,88 % (n=1)	3,41	9,88	1-23
4	27,91 % (n=24)	13,64 % (n=3)	3,95	8,96	0-23
5	29,07 % (n=25)	80,00 % (n=20)	4,72	9,04	0-23
6	12,79 % (n=11)	90,91 % (n=10)	5,73	1,73	0-5
7	3,49 % (n=3)	100,00 % (n=3)	6,67	0,33	0-1
Ej angivet	0 %	---	---	---	---

Tabell 5 visar att den största delen, 76,7% (n=66) av deltagarna skattade sin upplevda livskvalitet mellan 3-5 på den 7-gradiga Likertskalan. Medelvärdet på antalet sjukdomssymptom, som skattats 3 eller 4 på den 4 gradiga symptomskalan, var 19 för de som skattat sin livskvalitet som 1 (mycket dålig). Motsvarande medelvärde vid de andra skattningsvärdena av livskvalitet var 15,8 vid skattat värdet 2 och 9,88 vid skattat värde 3

samt 8,96 vid skattat värde 4. Medelvärde av antalet symptom hos deltagare som skattat värdet 5 var 9,04 och vid skattat värde 6 var detta 1,73. Medelvärde av antalet sjukdomssymptom bland de deltagare som skattade sin livskvalitet som 7 (utmärkt) var 0,33.

## FÖREKOMST AV SJUKDOMSSYMPTOM I FÖRHÅLLANDE TILL HÄLSA, LIVSKVALITET OCH RÖKVANOR

I tabell 6 och 7 presenteras sjukdomssymptom i förhållande till hälsa, livskvalitet och tobaksrökning. Ett antal signifikanta samband kunde identifieras.

Tabell 6. Symptom vid cancersjukdom i förhållande till hälsa, livskvalitet och tobaksrökning.

Frågeformulär EORTC QLQ-C30 (version 3)	Skattad hälsa <sup>a</sup>	Skattad livskvalitet <sup>b</sup>	RÖKARE/TID. RÖKARE
1. Har du svårt att göra ansträngande saker, som att bära en tung kasse eller väska?	0,025*	0,079	0,008*
2. Har du svårt att ta en lång promenad?	0,001*	0,074	0,022*
3. Har du svårt att ta en kort promenad utomhus?	0,080	1,00	0,443
4. Måste du sitta eller ligga på dagarna?	0,234	0,060	0,209
5. Behöver Du hjälp med att äta, klä dig, tvätta dig eller gå på toaletten?	1,00	1,00	--
<b>Under veckan som gått:</b>			
6. Har du varit begränsad i dina möjligheter att utföra antingen ditt förvärvsarbete eller andra dagliga aktiviteter?	0,024*	0,268	0,159
7. Har du varit begränsad i dina möjligheter att utöva din hobby eller andra fritidsintressen?	0,048*	0,123	0,092
8. Har du blivit andfådd?	0,124	0,387	0,095
9. Har du haft ont?	0,142	0,623	0,214
10. Har du behövt vila?	0,104	0,651	0,558
11. Har du haft svårt att sova?	0,266	0,033*	0,018*
12. Har du känt dig svag?	0,000	0,045*	0,586
13. Har du haft dålig aptit?	0,056	0,173	0,505
14. Har du känt dig illamående?	0,558	1,00	1,00
15. Har du kräcks?	0,591	0,096	0,493
16. Har du varit förstoppad?	1,00	0,494	1,00
17. Har du haft diarré?	0,621	1,00	1,00
18. Har du varit trött?	0,027*	0,126	0,577
19. Har dina dagliga aktiviteter påverkats av smärta?	0,128	0,241	0,447
20. Har du haft svårt att koncentrera dig, t.ex. läsa tidningen eller se på tv?	0,250	0,248	1,00
21. Har du känt dig spänd?	0,765	0,129	0,442
22. Har du oroat dig?	0,763	0,245	0,448
23. Har du känt dig irriterad?	0,534	1,00	0,681
24. Har du känt dig nedstämd?	0,056	0,031*	1,00
25. Har du haft svårt att komma ihåg saker?	0,118	0,445	0,587
26. Har ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört ditt familjeliv?	0,194	0,066	0,721
27. Har ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört dina sociala aktiviteter?	--	--	0,505
28. Har ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen gjort att du fått ekonomiska svårigheter?	0,726	0,727	0,679

Signifikansanalys med Fishers Exact test, sig. 2-sided.

Upplevd hälsa<sup>a</sup> = Hur skulle du vilja beskriva din hälsa totalt sett under den vecka som gått? Skattas på en skala 1-7 där 1=Mycket dålig och 7=Utmärkt. Upplevd livskvalitet<sup>b</sup> = Hur skulle du vilja beskriva din totala livskvalitet under den vecka som gått? Skattas på en skala 1-7 där 1=Mycket dålig och 7=Utmärkt

Tabell 6 visar att svårigheter att göra ansträngande saker, som att bära en tung kasse eller väska, samt svårigheter att ta en längre promenad var vanligare hos de som skattade sin hälsa lågt. Dessa symptom förekom även mer frekvent hos de som var eller tidigare hade varit

rökare, jämfört med de som aldrig rökt. Inga samband kunde ses mellan deltagarnas rökvanor, skattade hälsa och livskvalitet, och svårigheter att ta kortare promenad utomhus, behov av att sitta eller ligga ner på dagarna eller behov av att äta eller sköta den personliga hygien.

Tabell 6 visar vidare att de som skattade sin hälsa lägre i högre utsträckning upplevde begränsningar i möjligheter att utföra förvärvsarbete eller andra dagliga aktiviteter, samt utföra hobbies eller andra fritidsintressen. Dessa symptom hade dock inget samband med deltagarnas rökvanor eller skattade livskvalitet.

Vad gäller fysiska symptom som svaghetskänsla samt svårigheter att sova, förekom de i högre utsträckning hos de som hade skattat en lägre livskvalitet. De som var eller tidigare hade varit rökare besvarades i högre utsträckning av svårigheter att sova. Trötthet var ett av symptomen som var mer förekommande hos de som skattade sin hälsa lägre.

Svårigheter att koncentrera sig eller komma ihåg saker, känsla av att vara spänd, orolig eller irriterad, hade inget samband med deltagarnas skattade livskvalitet eller hälsa, och påverkades inte heller av rökvanorna. De som hade besvär med nedstämdhet skattade dock i högre utsträckning sin livskvalitet lägre.

Inga samband kunde identifieras mellan skattning av hälsa och livskvalitet, och upplevelsen av att det fysiska tillståndet eller den medicinska behandlingen stört familjeliv, sociala aktiviteter eller påverkat den ekonomiska situationen negativt. Tabell 6.

*Tabell 7. Sjukdomsspecifika symptom vid lungcancer i förhållande till hälsa, livskvalitet och cigarettbruk.*

Frågeformulär EORTC QLQ-LC13	Skattad hälsa <sup>a</sup>	Skattad livskvalitet <sup>b</sup>	RÖKARE/ TID. RÖKARE
<b>Under veckan som gått:</b>			
31. Hur mycket har du hostat?	1,00	0,747	1,00
32. Har det kommit blod när du hostat?	--	--	--
33. Har du varit andfådd även när du vilat?	0,587	0,591	0,488
34. Har du blivit andfådd när du tagit en promenad?	0,173	0,498	0,040*
35. Har du blivit andfådd när du gått i trappor?	0,185	0,191	0,011*
36. Har du haft ont i munnen eller tungan?	0,375	0,372	0,577
37. Har du haft svårt att svälja?	0,250	0,125	0,581
38. Har du haft stickningar i händer och fötter?	0,685	0,449	1,00
39. Har du tappat något hår?	0,034*	0,070	0,100
40. Har du haft ont i bröstet?	0,218	0,453	0,335
41. Har du haft ont i armen eller skuldran?	0,209	0,128	0,447
42. Har du haft ont på andra ställen i kroppen?	0,002*	0,011*	0,203
43. Har du tagit smärtstillande medicin (Obs! Ja/Nej-fråga) Följdfråga: Om ja, hur mycket har det hjälpt?	--	--	--

Signifikansanalys med Fishers Exact test, sig. 2-sided.

Upplevd hälsa<sup>a</sup> = Hur skulle du vilja beskriva din hälsa totalt sett under den vecka som gått? Skattas på en skala 1-7 där 1=Mycket dålig och 7=Utmärkt. Upplevd livskvalitet<sup>b</sup> = Hur skulle du vilja beskriva din totala livskvalitet under den vecka som gått? Skattas på en skala 1-7 där 1=Mycket dålig och 7=Utmärkt

Tabell 7 visar att hosta, andfåddhet i vila, vid promenad samt vid gång i trappor inte hade något samband med deltagarens skattning av livskvalitet eller hälsa. Dock hade de som rökte, eller tidigare hade varit rökare, i högre utsträckning besvär med andfåddhet i samband med promenad samt vid gång i trappor.

Inget samband sågs mellan den skattade hälsan och livskvaliteten och smärta i mun, svårigheter att svälja, stickningar i händer/fötter eller smärta i bröst/arm eller skuldra. Besvär med smärta på övriga ställen i kroppen förekom dock i högre utsträckning vid en lågt skattad hälsa eller livskvalitet. Att tappa hår var ett annat symptom som förekom i högre utsträckning bland de deltagare som skattat sin hälsa lågt. Tabell 7.

## **DISKUSSION**

### **RESULTATDISKUSSION**

#### **HÄLSA, LIVSKVALITET OCH ANTAL SJUKDOMSSYMP TOM UTIFRÅN KÖN OCH ÅLDER**

I denna studie var medelvärdet för den skattade hälsan (på en 7-gradiga likertskala) hos de manliga deltagarna 4,38 och hos de kvinnliga 4,27. Medelvärdet på den skattade livskvaliteten hos de manliga deltagarna var 4,32, och för de kvinnliga 4,29. Vad gäller antalet sjukdomssymptom av antalet sjukdomssymptom, som skattats som en hel del eller mycket besvär, var medelvärdet för de manliga deltagarna i denna studie 8,39 och för de kvinnliga 8,51. I denna studie har inga signifikanttester på faktiska skillnader mellan genus och skattningen av hälsa, livskvalitet och förekomst av sjukdomssymptom genomförts. I tidigare studier beskrivs att förekomsten av sjukdomssymptom vid en lungcancer är ganska likvärdig ur genusperspektiv, med undantag för några specifika sjukdomssymptom (Linden et.al, 2012; Lövgren et. al., 2007).

Av deltagarna i denna studie skattade 50 % av personerna som var 44 år eller yngre sin hälsa och sin livskvalitet som 5 eller högre på den 7-gradiga Likertskalan. Motsvarande andel hos deltagare som var 45-64 år var 35,71% för hälsa respektive livskvaliteten. Bland deltagare 65-74 år var denna andel 43,9% för hälsa och 42,86% för livskvalitet och bland deltagare 75 år eller äldre 50% för hälsa och 53,85% för livskvalitet. I denna studie har inga signifikanttester på faktiska skillnader mellan ålder och skattning av hälsa och livskvalitet genomförts. Upplevelsen av hälsa är enligt Willman (i Edberg & Wijk (red.) 2009) något som personen själv skapar i sitt dagliga liv. Att drabbas av lungcancer kräver ett behov av anpassning till en ny livssituation (Allgood & Tomey, 2010). Tidigare studier har visat att ett



samband mellan den fysiska förmågan och en nedsatt livskvalitet (Mohan et.al, 2007) samt att livskvaliteten kan förbättras när personen med lungcancer lärt sig leva med anpassningarna i sin fysiska hälsa.

Medelvärde på antalet sjukdomssymptom, som skattats 3 eller 4 på den 4 gradiga symptomskalan, var 22 för de som skattat sin hälsa som 1 (mycket dålig). Motsvarande medelvärde vid de andra skattningsvärdena av hälsa var 14 vid skattat värde 2, 9,76 vid skattat värde 3, och 10,52 vid skattat värde 4. Medelvärde av antalet symptom hos deltagare som skattat värdet 5 var 7,56 vid skattat värde 6 var detta 2,27 och 0 för de som skattat sin hälsa som 7 (utmärkt). Medelvärde på antalet sjukdomssymptom var 19 för de som skattat sin livskvalitet som 1 (mycket dålig). Motsvarande medelvärde vid de andra skattningsvärdena av livskvalitet var 15,8 vid skattat värdet 2 och 9,88 vid skattat värde 3 samt 8,96 vid skattat värde 4. Medelvärde av antalet symptom hos deltagare som skattat värdet 5 var 9,04, vid skattat värde 6 var detta 1,73 och vid skattat värde 7 (utmärkt) 0,33. I denna studie har inga signifikanttester på faktiska skillnader mellan antalet sjukdomssymptom och skattning av hälsa och livskvalitet genomförts. Tidigare studier har dock visat att förekomsten av multiplikativa symptom har en negativ inverkan på livskvaliteten hos personer med lungcancer (Mohan et.al., 2007).

#### **FÖREKOMST AV SJUKDOMSSYMPATOM UTIFRÅN SKATTAD HÄLSA OCH LIVSKVALITET**

Resultatet i denna studie visade att svårigheter att göra ansträngande saker, som att bära en tung kasse eller väska, samt svårigheter att ta en längre promenad förekom i högre utsträckning hos de som skattade sin livskvalitet lågt. Personer som skattade sin hälsa lägre upplevde i högre utsträckning begränsningar i möjligheten att utföra förvärvsarbete eller andra dagliga aktiviteter, samt begränsningar i att utföra hobbyer eller andra fritidsintressen. Detta stöds av John (2010) som fann att personer med lungcancer upplevde fysiskt oberoende som en viktig faktor för livskvalitet. Även Mohan med medarbetare (2007) visade på att begränsningar i den fysiska förmågan, samt förekomst av dyspné, hade en negativ inverkan på personers upplevelse av livskvalitet. Mohan med medarbetare (2007) samt Yang med medarbetare (2012) visade även på samband mellan livskvalitet och nedsatt aptit, något som inte kunnat styrkas av denna studie. I denna studie sågs dock ett samband mellan en lägre skattad hälsa och symptomet att tappa hår. Inget samband kunde ses mellan den upplevda hälsan och förekomst av smärta i mun, stickningar i händer och fötter eller smärta i arm, bröst och skuldra. Besvär med smärta på övriga ställen i kroppen förekom dock i högre utsträckning hos de som skattat sin hälsa eller livskvalitet lågt.

Svaghetskänsla samt svårigheter att sova, förekom de i högre utsträckning hos de som hade skattat en lägre livskvalitet. De som var eller tidigare hade varit rökare besvärades i högre utsträckning av svårigheter att sova. Trötthet var ett av symptomen som var mer förekommande hos de som skattade sin hälsa lägre. Dessa resultat stöds av tidigare studier som visat på samband mellan sömnproblem, trötthet och personens livskvalitet och välbefinnande (Fox & Lyon, 2006; John, 2010; Mohan et.al, 2007; Yang et.al., 2012).

Resultatet i denna studie visade även att personer som skattade sin livskvalitet lågt i högre utsträckning besvärades av nedstämdhet. Att nedsatt psykiskt välmående är något som påverkar välbefinnandet och livskvaliteten hos personer med lungcancer är något som även John (2010), Cataldo med medarbetare (2012) och Fox & Lyon (2006) funnit i sina studier. Fox & Lyon (2006) identifierade även att samband mellan depression och en lägre känsla av livskvalitet.

Hälsorelaterad livskvalitet är personens egen upplevelse av hälsa och ohälsa i relation till den livskvalitet som denne upplever (Nilsson, 2003). Den hälsorelaterade livskvaliteten kan variera kraftigt mellan olika personer även om deras hälsostatus är det samma, detta beroende på subjektiva erfarenheter, förväntningar och uppfattningar (Crosby, Kolotkin & Williams, 2003). Genom att hjälpa personen att nå en förbättrad funktionsnivå eller minskad förekomst av sjukdomssymptom kan personen ofta uppleva en positiv förändring av sin livskvalitet (Crosby et.al., 2003). Resultatet från denna studie är intressant då den visar på olika symptom som har ett signifikant samband med en lägre känsla av livskvalitet och hälsa hos individen. Orem lyfter fram sex olika egenvårdsbehov vid sjukdom; behovet av att uppsöka sjukvård, anpassa sig till sjukdomens konsekvenser, följsamhet i behandling, vara uppmärksam på negativa effekter av given behandling, att acceptera situationen och förändringar i självbilden samt att lära sig att leva med sin sjukdom (Jahren Kristoffersen et.al.(red.) 2006). Maguire med medarbetare (2012) identifierade flertalet områden där personen som drabbats av lungcancer kan behöva hjälp och stöd från hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan möter personen med lungcancer under hela sjukdomsförloppet, från första besöken på vårdcentral och sjukhus i samband med diagnostik, till vård och behandling under sjukdomsförloppet, samt i samband med den palliativa vården. Sjuksköterskan har det huvudsakliga ansvaret för en patients omvårdnad, vilket omfattar planering, genomförande och utvärdering av omvårdnadsåtgärder, vilket sker i samverkan med annan personal inom hälso- och sjukvården (Kihlgren (red), 2000). Genom att vara observant på sjukdomssymptom och dess inverkan på personens liv, och tidigt identifiera dessa, indikerar denna studie att vissa faktorer som bidrar

till en nedsatt skattning av hälsan och livskvaliteten skulle kunna undvikas, och att sjuksköterskan kan fungera som ett stöd för personen. Avlastning i vardagliga aktiviteter, anpassning av miljö samt rutiner och optimering av farmakologisk behandling är exempel på åtgärder som skulle kunna minska vissa av de förekommande sjukdomssymptomen och påverka livskvaliteten i positiv riktning. Orem lyfter fram sjuksköterskans uppgift att, genom sin omvårdnad, kompensera för eventuella egenvårdsbrister, främja egenvårdsförmågan samt anpassa miljön, vilket kan hjälpa personen med lungcancer att bibehålla och stärka sin egenvårdsförmåga och funktionsnivå (Allison, 2007; Orem, 2001; Fawcett, 1993).

### **HÄLSA, LIVSKVALITET OCH SJUKDOMSSYMPTOM UTIFRÅN RÖKVANOR**

Medelvärdet för antalet sjukdomssymptom, som skattats som en hel del- eller mycket besvärande, var 4,56 hos deltagare som aldrig hade varit rökare. Hos de deltagare som tidigare varit rökare var motsvarande siffra 9,46 och hos deltagare som fortfarande rökte var denna siffra 10,38. I denna studie har inga signifikanttester på faktiska skillnader mellan antalet sjukdomssymptom och personens rökvanor genomförts.

Denna studie visade vidare att personer som var eller tidigare hade varit rökare i högre utsträckning hade besvär med att göra ansträngande saker, som att bära en tung kasse eller väska, svårigheter att ta en längre promenad, upplevde andfåddhet i samband med promenad samt vid gång i trappor. Personer som var eller hade tidigare hade varit rökare besvärades även i högre utsträckning svårigheter att sova. Då deltagarunderlaget i denna studie var begränsat kunde ingen signifikansanalys göras av enbart gruppen som fortsatt röka, vilket gör att det är svårt att jämföra detta med tidigare studier som isolerat de olika rökvanegrupperna för sig. Garces med medarbetare (2004) stödjer denna studies resultat avseende sjukdomssymptom, då även de fann att antalet besvärande sjukdomssymptom var fler hos de som fortsatte att röka efter sin lungcancerdiagnos jämfört med de som slutat röka eller aldrig varit rökare. De fann även att personer med lungcancer som fortsatte röka efter sin sjukdomsdiagnos upplevde en nedsatt livskvalitet jämfört med de som slutat röka eller aldrig varit rökare (Garces et.al., 2004).

Sjuksköterskan har genom sin profession stora möjligheter att påverka människors val av livsstil, och en viktig del av arbetet är hälsopreventivt och sjukdomsförebyggande (Post & Gilljam, 2003; Socialstyrelsen, 2005) även om en tidigare rökare alltid förblir en tidigare rökare. Enligt Socialstyrelsen ska rökstopp alltid eftersträvas. Om det är aktuellt med rökavvänjning, är kvalificerat rådgivande samtal den bästa behandlingen för rökavvänjning i

samband med lungcancer (Socialstyrelsen, 2011). Denna studie visar att vissa sjukdomssymptom förekommer i högre utsträckning bland personer som är eller har varit rökare. Garces med medarbetare (2004) såg att antalet sjukdomssymptom var fler hos de som fortsatte att röka efter sin lungcancerdiagnos. Genom att hjälpa personen med lungcancer till ett rökstopp, torde förekomsten av sjukdomssymptom som ger en hel del- eller mycket besvär kunna minska, och därigenom öka personens känsla av hälsa och livskvalitet.

## **METODDISKUSSION**

De som tillfrågades om deltagande i denna studie var samtliga som besökte avdelningen eller mottagningen på medicinkliniken, Falu Lasarett, under april och maj 2011, bosatta i Dalarna, och diagnostiserade med lungcancer. De tillfrågades genom ett utskick med informationsbrev med bifogade frågeformulär. Samtliga deltagare garanterades anonymitet. Studien genomfördes av Landstinget Dalarna och Högskolan Dalarna, och hade ett forskningsetiskt godkännande. Svarsfrekvensen var 68,8%, vilket får ses som acceptabelt. En enkät brukar enl. Olsson och Sörensen (2007) inbringa ca 60 % svarsfrekvens om den genomförs utan påminnelser. Hade ytterligare påminnelser skickats till deltagarna kunde deltagandet ha blivit högre. Genom att tillfråga samtliga i den specificerade populationen inom en viss tidsperiod torde urvalet vara representativt. Ingen bortfallsanalys genomfördes i samband med detta datainsamlade vilket kan ses som en brist, då det inte finns någon uppfattning kring det externa bortfallet och således kan detta påverka studiens resultat då vissa grupper i högre utsträckning än andra kan ha valt att avstå deltagande. Frågeformulären var omfattande, första delen, som ej behandlades i denna studie innehöll 71 frågor indelade i 13 olika kategorier. De andra delarna bestod av två validerade mätinstrument, bägge rekommenderade för PROM-mått hos lungcancerpatienter. Omfattningen av enkäterna kan ses både som en styrka och en svaghet, styrkan är att de genererat ett omfattande material. Svagheten är att det kan ha lett till externt bortfall då det krävt tid och ork att fylla i formulären. Vidare kan detta även förklara delar av det interna bortfall som finns i datamaterialet, vad gäller frågor som ej besvarats. Olsson och Sörensen (2007) framhåller att antalet frågor i en enkät bör begränsas för att underlätta för den som fyller i enkäten, endast frågor som är relevanta för studiens syfte bör inkluderas.

De två mätinstrumenten, EORTC QLQ-C30 samt EORTC QLQ-LC13, är två validerade mätinstrument som ofta används i vetenskapliga studier för att mäta patientrapporterade utfallsmått. De rekommenderas även av den internationella PROM-gruppen för patientrapporterade utfallsmått hos cancerpatienter samt lungcancerpatienter (SKL, 2011).

Det finns många andra mätinstrument för att mäta livskvalitet och hälsa, fördelen med dessa två specificerade för cancersjukdom samt lungcancersjukdom vilket gör att de är relevanta för denna studies syfte. Negativt kan vara att de, tillsammans med enkäten, utgör ett omfattande material för personen att fylla i.

Urvalsgruppen bestod av en jämn fördelning mellan män och kvinnor. Könsfördelningen var även jämn mellan de olika åldersgrupperna samt för de olika alternativen inom rökvanor. Således anser studiens författare att gruppen kan ses som representativ för studiens syfte. Antalet deltagare var begränsat (n=86) och i de olika uträkningarna blev grupperna av varierande storlek. Detta medförde att signifikansanalys inte kunde genomföras för samtliga variabler vilket kan påverka den externa validiteten för studiens resultat.

## **SLUTSATS**

Resultatet från denna studie är av intresse då den identifierat signifikanta samband mellan vissa sjukdomssymptom och personernas skattning av hälsa och livskvalitet. Detta belyser symptom som kan vara extra viktiga för sjuksköterskan att identifiera och arbeta med för att generera en ökad känsla av hälsa och livskvalitet hos personen med lungcancer.

Resultatet visade även på en ökad förekomst av vissa sjukdomssymptom hos personer som var eller tidigare hade varit rökare. Denna information är av värde då dessa grupper utgör merparten av personer som drabbas av lungcancer, och således är viktiga att identifiera hos flertalet av lungcancerpatienterna. Sjuksköterskan ska arbeta hälsofrämjande och, när det är lämpligt, arbeta för att främja rökstopp även hos personer som drabbats av lungcancer. Något som även Socialstyrelsen (2011) framhåller. Genom detta kan eventuellt hälsa och livskvalitet förbättras, och antalet sjukdomssymptom minskas, hos enskilda personer.

Sjuksköterskan möter personen med lungcancer under hela sjukdomsförloppet, från första besöken på vårdcentral och sjukhus i samband med diagnostik, till vård och behandling under sjukdomsförloppet, samt i samband med den palliativa vården. Genom att identifiera symptom, fysiska såväl som psykiska, och egenvårdsbrister kan sjuksköterskan påverka dessa och begränsa dess inverkan på personens liv, och genom detta öka personens funktionsnivå och egenvårdsförmåga samt upplevelsen av hälsa och livskvalitet.

### **FÖRSLAG TILL VIDARE STUDIER**

Ytterligare studier i ämnet är relevant då antalet befintliga studier i detta ämne är begränsat. Studier avseende rökvanor, sjukdomssymptom och känsla av hälsa och livskvalitet skulle vara av intresse, då denna studies resultat ger en indikation på vissa mönster, men då inga signifikansanalyser genomförts på den datan kan inga slutsatser dras. Att undersöka eventuella vinster med ett eventuellt rökstopp hos personer med en lungcancerdiagnos, skulle ytterligare kunna öka hälso- sjukvårdens prioritering av rökavvänjning i samband med en lungcancer.

## REFERENSER

- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2010). *Nursing Theorists and their Work*. (Seventh Edition). Missouri: Mosby-Year Book, Inc.
- Allison, S.E. (2007). Self-Care Requirements for Activity and Rest: An Orem Nursing Focus. *Nursing Science Quarterly*. 20 (1): 68-76.
- Blakely, T., Barendregt, J.J., Foster, R.H., Hill, S., Atkinson, J., Sarfati, D. & Edwards, R. (2013). The association of active smoking with multiple cancers: national census-cancer registry cohorts with quantitative bias analysis. *Springer*. Published online: 2013-04-12
- Brunn, P.A jr. (2012). Worldwide Overview of the current status of Lung Cancer Diagnosis and Treatment. *Arch.Pathology Lab.Med*. 136;1478-1481.
- Cataldo, J.K., Jahan, T.M. & Pongquan, V.L. (2012). Lung Cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *European Journal Oncol. Nursing*. 16: 3: 264-269.
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2011). [www.cdc.gov/hrqol/concept.html](http://www.cdc.gov/hrqol/concept.html). Hämtat 130430.
- Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: a qualitative study. *BMJ*. Published online: 2004-06-11
- Crosby, R.D., Kolotkin, R.L.& Williams, G.R. (2003). Defining meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*. 56; 395-407.
- Edberg, A-K. & Wijk, H. (red). (2009). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Kristianstad: Studentlitteratur.
- Edqvist, L. (2011). Cancerfonden. [www.cancerfonden.se/sv/Cancersjukdomar/Lungcancer](http://www.cancerfonden.se/sv/Cancersjukdomar/Lungcancer) Hämtat 2011-09-27
- Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fawcett, J. (1993). *Analysis and Evaluation of Nursing Theories*. Philadelphia:

- Fox, S.W. & Lyon, D.E. (2006). Symptom Clusters and Quality of Life in Survivors of Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 33; 5; 931-936.
- Garces, Y.I., Yang, P., Parkinson, J., Zhao, X., Wampfler, J.A., Ebbert, J.O. & Sloan, J.A. (2004). The Relationship Between Cigarette Smoking and Quality of Life After Lung Cancer Diagnosis. *CHEST*. 126; 6; 1733-1741.
- Gonzalez, B.D & Jacobsen, P.B. (2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*. 21: 239-246
- Hubaux, R., Becker-Santos, D.D., Enfield, K.S.S, Lam, S., Lam, W.L. & Martinez, V.D. (2012). Arsenic, asbestos and radon: emerging players in lung tumorigenesis. *Environmental Health*. 11:89
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red). (2005). *Grundläggande omvårdnad. Del 1*. Stockholm: Liber AB.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red). (2006). *Grundläggande omvårdnad. Del 4*. Stockholm: Liber AB.
- Jang, R.W., Isogai, P.K., Mittmann, N., Bradbury, P.A., Shepherd, F.A., Feld, R. & Leigh, N.B. (2010). Derivation of Utility Values from European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life-Core 30 Questionnaire Values in Lung Cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 5; 12;1953-1957.
- Jaresand, M. (Red.). (2008). *Cancerfondsrapporten 2008*. ISBN:978-91-89446-31-1
- John, L.D. (2010). Self-Care Strategies Used by Patients With Lung Cancer to Promote Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*. 37; 3; 339-347.
- Johnson, J. & Klein, L. (1994). *Leva med cancer*. Lund: Studentlitteratur.
- Kihlgren, M. (Red.). (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R. & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender and age. *Journal of Affective Disorders*. 141; 343-351.



- Lövgren, M., Tishelman, C., Sprangers, M., Koyi, H. & Hamberg, K. (2007). Symptoms and problems with functioning among women and men with inoperable lung cancer – A longitudinal study. *Lung Cancer*. 60; 113-124.
- Maguire, R., Papadopoulou, C., Kotronoulas, G., Simpson, M.F., McPhelim, J. & Irvine, L. (2012). A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012: 1-16.
- Mohan, A., Singh, P., Singh, S., Goyal, A., Pathak, A., Mohan, C. & Guleria, R. (2007). Quality of life in lung cancer patients: impact of baseline clinical profile and respiratory status. *Journal of Cancer Care*. 16; 268-276.
- Moore, S. (2009). Lung Cancer: causes and management. *Cancer Nursing Practice*. 8: 9: 27-34.
- Nilsson, G. (2003). Alltför många metoder används för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. *Läkartidningen*. 2003, 100 (4):230-232.
- Olsson, H. (1996). *Tumörsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. (6:ed). Missouri: Mosby, Inc.
- Post, A. & Gilljam, H. (2003). *Tackla tobak. Tobaksprevention i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Reitan, A.M. & Schölberg, T.K. (Red.). (2003). *Onkologisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Refsgaard, B. & Frederiksen, K. (2012). Illness-Related Emotional Experiences of Patients Living With Incurable Lung Cancer. *Cancer Nursing*. 36: 3: 221-228.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Patientrapporterade mått i kvalitetsregister inom cancerområdet – Delrapport 2011-12-31*.
- Socialstyrelsen. (1993). *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. SOFS 1993:17.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnummer: 2005-105-1

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – Stöd för styrning och ledning*. Artikelnummer: 2011-11-11.

Statens Folkhälsoinstitut. (2007). *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården*. Artikelnummer: 2007:16.

Todd, A.M., Craven, J. & Allmark, P. (2007). Diagnostic delay in Lung Cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 61; 3; 336-343.

Yang, P., Cheville, A.L., Wampfler, J.A., Garces, Y.I., Jatoi, A., Clark, M.M., Cassivi, S.D., Midthun, D.E., Marks, R.S., Aubry, M-C., Okuno, S.H., Williams, B.A., Nichols, F.C., Trastek, V.F., Sugimura, H., Sarna, L., Allen, M.S., Deschamps, C. & Sloan, J.A. (2012). Quality of Life and Symptom Burden among Long Term Lung Cancer Survivors: Changing and Adapting. *J. Thorac. Oncol.* 7: 1: 64-70.

World Health Organization. WHO. Division of mental health and prevention of substance abuse. *WHOQOL Measuring Quality Of Life*. 1997. [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) Hämtat 2011-10-09.



## Forskningsstudie om förbättrat omhändertagande av patienter med lungcancer

Härmed tillfrågas du om deltagande i en pågående forskningsstudie. Studien genomförs av Landstinget Dalarna i samarbete med Högskolan Dalarna. Syftet med studien är att utvärdera ett förändringsarbete av vårdprocessen för patienter med lungcancer för att öka helhetssyn i vården och delaktigheten för patienter och närstående.

Att delta i studien innebär att du besvarar det bifogade frågeformuläret. Frågeformuläret handlar om din hälsa och om dina erfarenheter från ditt senaste besök eller din senaste kontakt med vården. Formuläret består av flera olika enkäter. Dessa skiljs åt vid inmatningen av svaren och därför ber vi dig besvara samtliga frågor, även om de skulle återkomma på flera ställen. Deltagandet är helt frivilligt och ditt beslut påverkar inte dina fortsatta kontakter med sjukvården. Du kan när som helst avbryta deltagandet utan att motivera detta.

Företaget vi anlitar för enkätundersökningen är Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator). De har fått namn och adress till samtliga patienter med lungcancerdiagnos under en viss tidsperiod. Frågeformuläret är kodat och ett register kommer att upprättas så att forskarna kan härleda dina svar till dig som person. Endast behörig personal på Indikator hanterar frågeformulären och det är endast forskarna som kommer att kunna ta del av dina svar och som vet vilken kod som tillhör vilken person. Materialet kommer att behandlas under sekretess och kommer efter studiens genomförande förstöras enligt gällande sekretessregler. Samtliga svar kommer att sammanställas så att inga svar från enskilda individer kan urskiljas. Du utlovas därmed konfidentiell hantering.

Enligt personuppgiftslagen (PuL) har du rätt att gratis en gång per år ta del av de uppgifter om dig som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade. Kontaktperson är Birgitta Göthman (se adress nedan).

Ansvarig för genomförande av studien är leg sjuksköterska och medicine doktor Eva Österlund Efraimsson vid Högskolan Dalarna och Birgitta Göthman vid Landstinget Dalarna. Har du frågor om undersökningen är du välkommen att kontakta någon av oss.

Eva Österlund  
Efraimsson  
Akademin Hälsa och  
samhälle  
Högskolan Dalarna  
E-post: [oe@du.se](mailto:oe@du.se)  
Tel: 023-778441

Birgitta Göthman  
Huvudkontoret  
Landstinget Dalarna  
E-post:  
[birgitta.gothman@ltdalarna.se](mailto:birgitta.gothman@ltdalarna.se)  
Tel: 023-491190

Katrin Andersson  
Lung-allergisektionen  
Falu lasarett  
E-post:  
[katrin.andersson@ltdalarna.se](mailto:katrin.andersson@ltdalarna.se)  
Tel: 023-492024

Aina Bettembourg  
Avdelning 24  
Falu lasarett  
E-post:  
[aina.bettembourg@ltdalarna.se](mailto:aina.bettembourg@ltdalarna.se)  
Tel: 023-492024



**Överenskommelse om deltagande i forskningsprojekt om förbättrat omhändertagande av patienter med lungcancer**

Härmed ger jag mitt samtycke till att medverka i forskningsprojekt om förbättrat omhändertagande av patienter med lungcancer. Min medverkan innebär att jag samtycker till att de frågeformulär som jag besvarat, förvaras och används av forskargruppen.

Följande villkor gäller för min medverkan:

Materialet förvaras så att inga obehöriga kan få tillgång till det och skyddas av sekretess.

Enligt personuppgiftslagen (PuL) har jag rätt att gratis en gång per år ta del av de uppgifter om mig som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade.

Ingen personlig identifiering som skulle kunna möjliggöra igenkännande av mig som person finns med i sammanställning och presentation av data.

Jag kan när som helst avbryta min medverkan i forskningsprojektet, utan att det påverkar min kommande vård och behandling. Allt material som jag har bidragit med kommer att förstöras enligt gällande sekretessregler efter att studien avslutats.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

## ***BILAGA III ENKÄT***

**\*\* SE BIFOGAD PDF-FIL**