

Livskvalitet hos patienter opererade för lungcancer

- upplevelser av livskvalitet och samband mellan HRQoL och vårdupplevelsen

FÖRFATTARE Therese Disefalk
Susanne Karlsson

PROGRAM/KURS Specialistsjuksköterskeprogrammet
OM 5350, HT 2011

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Monica Pettersson

EXAMINATOR Lars-Eric Olsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel: Livskvalitet hos patienter opererade för lungcancer- upplevelse av livskvalitet och samband mellan HRQoL och vårdupplevelsen

Titel: Quality of life in patients operated on for lung cancer- perception of quality of life and the relation between HRQoL and health care experience

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård, 60 högskolepoäng/Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård OM 5350

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng

Sidantal: 37 sidor

Författare: Therese Disefalk
Susanne Karlsson

Handledare: Monica Pettersson

Examinator: Lars-Eric Olsson

Förord

Först av allt vill vi rikta ett jättestort tack till Monica Pettersson, vår handledare.

Vi vill även tacka dem som hjälpt oss med vår studie: Inger Bladin för hjälp med utdelning av enkäter, Anders Jeppsson, Linda Thimour Bergström, Christine Roman-Emanuel för goda råd och hjälp med statistik.

Vi vill också tacka Staffan Ahlstedt och Niklas Disefalk för kritiska synpunkter och layout.

Sist vill vi tacka alla nära och kära som har stöttat oss under arbetets gång.

SAMMANFATTNING

Introduktion

I västra Sverige utfördes år 2010 cirka 200 lungoperationer på patienter med lungcancer. I Sverige är lungcancer den femte vanligaste cancerdiagnosen. Globalt kommer antalet fall att öka inom en 20-årsperiod enligt WHO:s bedömning. Tidigare studier visar att denna patientkategori upplever en sämre livskvalitet. Denna uppsats behandlar ämnet livskvalitet och om man med bekräftande omvårdnad kan öka patienternas känsla av livskvalitet.

Syfte

Syftet med denna undersökning var att belysa hur patienter med lungcancer uppfattar sin livskvalitet i samband med thoracotomi vid mätning under 1 år, och om det finns någon relation mellan det bekräftande mötet med vårdpersonal och hälsorelaterad livskvalitet.

Metod

En kvantitativ ansats användes för att mäta upplevelsen av livskvalitet samt hur informanterna uppfattade mötet med personalen på vårdavdelningen. Urvalet skedde konsekutivt mellan april – juni 2011. Mätningarna utfördes preoperativt, 5 dagar efter operationen samt 1 månad efter operationen. Enkäter som användes var EQ5D samt enkäten SAUK-bekräftande- möte.

Resultat

Resultatet visade att informanterna upplevde smärtor redan preoperativt och denna upplevelse ökade i intensitet postoperativt. Procentuellt hade kvinnorna mer smärta än männen vid mätningen efter 5 dagar, men förhållandet hade utjämnats efter 1 månad. Oro/nedstämdhet bedömdes inte som ett stort problem för 67 % av informanterna innan operation, efter operation värderades den på liknande sätt då 53 % av informanterna inte upplevde oro. Informanterna skattade sin livskvalitet relativt lågt vid baseline med en sjunkande tendens 5 dagar efter behandling. En månad efter operationen skattades livskvaliteten fortfarande lägre än vid baseline men var dock bättre än fem dagar efter operationen. Resultaten från SAUK-bekräftande-möte-enkäterna visade utmärkt kvalitet i mötet med personalen.

Konklusion

Studien visar att upplevd livskvalitet sjunker vid mätningarna efter operation och de som har smärta preoperativt värderar sin livskvalitet lägre än de utan smärta. Några generella slutsatser kan inte dras avseende SAUK-bekräftande-mötets inverkan på livskvaliteten.

ABSTRACT

Introduction

In western of Sweden it was made in 2010 about 200-lung surgery on patients with lung cancer. In Sweden lung cancer is the fifth most common diagnosed. Globally, the number of diagnoses in lung cancer increases within a 20-year period according to WHO: s estimates. Previous studies show that this category of patients experiencing a lower quality of life. This paper deals with the topic quality of life and if by confirming nursing care can increase the sense of quality of life.

The aim

The aim of this study was to illustrate how patients with lung cancer experience their quality of life, associated with thoracotomy when measured over one year and if there is any relationship between the confirmatory meeting with health professionals and health- related quality of life.

Method

A quantitative approach was used to measure the perception of quality of life and how the informants perceived the meeting with the staff on the ward. The study was conducted by using the quality of life instruments EQ5D and SAUK- confirming-meeting. The selection was done consecutively between April-June 2011. Measurements were performed before surgery, five days after surgery and one month after the surgery.

Results

The results show that the informants experienced pain before surgery and the experience of pain grew in intensity after surgery. In percentage terms, women had more pain than men in the measurement after five days but the ratio had evened out after a month. Anxiety/depression was no big issue for 67 % of the informants before surgery, after surgery they valued it equally when 60 % of the informants did not feel anxiety. The informants estimated their quality of life as relatively low with a declining trend after treatment. The results from SAUK- confirmatory.meeting survey showed excellent quality at the meeting with the staff on the ward. One month after surgery was estimated quality of life continues to be lower than at baseline but was estimated, however, more than five days after surgery.

Conclusion

The study suggests that perceived quality of life measurement drops after surgery and those with pain before surgery valued their quality of life lower than those with no pain before surgery. No general conclusion can be drawn regarding SAUK-confirmatory meeting impact on quality of life.

Keywords: Confirming nursing, health related quality of life, lung cancer, patient's satisfaction

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	9
BAKGRUND	9
LUNGCANCER.....	9
Lungcancer och livskvalitet	11
TEORETISK RAM	11
SAUK-modellen (Sympati-fas, Acceptans-fas, Upplevelsemässig innebörds-fas och Kompetens-fas).....	11
CENTRALA BEGREPP	14
Bemötande	14
Hälsa, hälsobegrepp.....	15
Livskvalitet	16
TIDIGARE FORSKNING	17
Forskningsläge.....	17
Patientens upplevelser	17
Sjuksköterskans och vårdens betydelse för livskvalitet	18
Prognostiska faktorer	19
Sexuella funktioner	20
PROBLEMFÖRMULERING	20
SYFTE	21
HYPOTES	21
METOD	21
STUDIENS DESIGN	21
STUDIENS URVAL	21
INKLUSIONSKRITERIER	22
DATAINSAMLINGSMETOD	22
EQ5D-enkäten	22
SAUK-Bekräftande-möte-enkät	22
Tillvägagångssätt	23
DATAANALYS.....	23
Powerberäkning	24
PILOTSTUDIEN	24
FORSKNINGSETIKSKA ASPEKTER.....	25
RESULTAT	26
EQ5D-ENKÄTEN.....	26
Poängsammanställning enligt Model 1 i SAUK-Bekräftande-Möte-enkät	31

DISKUSSION	33
METODDISKUSSION	33
RESULTATDISKUSSION	36
Studiens syfte	36
Livskvalitet	36
Smärta och livskvalitet	38
SAUK-bekräftande -möte	38
Klinisk implementering	40
REFERENSER	41
Bilaga 1 - 4	46

INLEDNING

År 2010 utfördes cirka 200 lungoperationer på patienter drabbade av lungcancer på en thoraxkirurgisk klinik i västra Sverige. Enligt WHO: s bedömningar kommer antalet fall i lungcancer, som grupp, öka dramatiskt de närmaste 20 åren, och utvecklingsländerna kommer stå för den största ökningen (Bello, Fadahun, Kielkowski & Nelson, 2011). I Sverige drabbas drygt 3300 personer av lungcancer varje år och därmed är detta den femte vanligaste cancerformen i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). En Cochrane-rapport som publicerades 2009 visar att det år 2000 fanns nära 200 000 fall av lungcancer inom EU´s 15 medlemsländer och över 1 miljon människor i världen dör av sjukdomen. Bortsett från de fysiska symtom som finns av sjukdomen påverkas även den psykiska och emotionella hälsan av den deprimerande och ångestladdade framtid de som drabbas av lungcancer och deras närstående har framför sig (Sola´, Thompson, Subrina Casacuberta, Lopez & Pascual, 2009). För patienter ses diagnosen cancer som ett hot mot deras existens och man kan dessutom se en osäker framtid och saknad av kontroll över sin sjukdom. Det är viktigt att förstärka patienters livskvalitet och att kontrollera symtom på till exempel smärta för att förbättra livskvalitet och hälsa för denna patientkategori(Camps, del Pozo, A., Blasco, P., Blasco & Sirera, 2009). I vårdandet står människan i centrum och vården skall utgå från människan och dess hälsa (Gustafsson, 2006) och detta kan om möjligt påverka patientens upplevelse av livskvalitet. Syftet med denna undersökning är därför att belysa hur patienter med lungcancer uppfattar sin livskvalitet i samband med thoracotomi vid mätning under 1 år, och om det finns någon relation mellan det bekräftande mötet med vårdpersonal och hälsorelaterad livskvalitet.

BAKGRUND

LUNGCANCER

Lungcancer är vanligare bland män än kvinnor och fler män än kvinnor avlider av lungcancer. För båda dessa grupper är rökning den största riskfaktorn för att utveckla lungcancer. Skillnaden mellan män och kvinnor som utvecklar lungcancer kommer att minska över tid på grund av kvinnors förändrade rökvanor (WHO, 2004). Medianåldern vid diagnos är 70 år (Bergman & Henriksson 2008). Lungcancer indelas oftast i två olika grupper, icke-småcellig

cancer (NSCLC) och småcellig lungcancer (SCLC) där NSCLC delas in i undergrupper där adenocarcinom är den vanligaste formen hos icke-rökare medan patienter med lungsjukdomen KOL oftare drabbas av skivepitelcancer (Bergman et al, 2008). Tiden mellan exponering och att tumören utvecklas, är cirka 20-40 år (Bergman et al, 2008; Solá et al 2009). En 50 % ökning av incidensen bland cancerfallen i världen förväntas inom en 20-års period enligt WHO:s beräkningar och utvecklingsländerna står för den största ökningen. På grund av förändringarna i rökbeteendet i industriländerna leder detta till en minskning av incidensen och mortaliteten i dessa länder (Bello et al, 2011). Samband med KOL konstateras (Soares Pires, Texiera, Coelho & Damas, 2011). Rökare drabbas av lungcancer på grund av genetiska mutationer som sker vid rökning. (Massion, Zou, Chen, Jiang, Coulsan, Amos, Wu, Wistuba, Wei, Shyr & Spitz 2008). Att sluta röka minskar risken då risken att drabbas av lungcancer är dosrelaterad (Onkologiskt centrum Stockholm – Gotland, 2010, Bergman et al, 2008). Yrken som innebär exponering för cancerogena ämnen är också en risk för att drabbas av lungcancer (Bergman et al, 2008) och asbest är en konstaterad stark faktor att utveckla lungcancer (Algaranti, Penteadó, Buschinelli & De Capitani, 2010). Hemoptyis är ett vanligt symptom vid lungcancer. Nedsatt allmäntillstånd, trötthet, aptitlöshet och viktnedgång är symptom som kommer sent i sjukdomen. Svullna körtlar på halsen eller överkroppen kan vara tecken metastaser (Soares et al, 2011; Bergman et al, 2008; Regionalt Vårdprogram 2004). En tredjedel av patienter med nyupptäckt cancer kan opereras, oftast de med adenocarcinom eller skivepitelcancer. Förutsättningen för operation är att tumören upptäcks tidigt och själva operationen utformas dels efter hur stor tumören är, men framförallt var i lungan den sitter (Bergman et al, 2008; Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland, 2010). Operation är en chans till bot för dessa patienter, detta är ett alternativ för cirka 20 % av patienterna, eftersom att många har en alltför avancerad sjukdom för att bli föremål för operation (Lima, Silva, Gross Deheinzeln & Negri, 2009). Prognosen om man drabbats av lungcancer är dålig, vilket innebär sämre än de flesta andra cancerformer. Femårsöverlevnaden är hos män är ca 10 % och bland kvinnor 15 %. Den dåliga prognosen beror på att man upptäckt sjukdomen för sent och att flertalet inte kan bli opererade (Bergman et al, 2008; Socialstyrelsen, 2009). Komplikationer såsom smärta kan drabba den lungopererade patienten och kan påverka det dagliga livet en lång tid efter operationen Samband mellan postoperativa komplikationer och

5-årsöverlevnaden finns (Regionalt Vårdprogram 2004; Internetmedicin, 2007; Rueth, Parsons, Haberman, Groth, Virnig, Tuttle, Andrade, Maddaus & Cunha, 2011).

Lungcancer och livskvalitet

Livskvaliteten påverkas hos opererade patienter som värderade den som lägre än normalpopulationen, vilket borde påverka hur vi behandlar dessa patienter (Lima et al, 2009). Den sexuella funktionen påverkas också hos denna grupp (Shell, Carolan, Zhang & Dow Menses, 2008) detta tas upp vidare under tidigare forskning. En operation med avsikt att förbättra överlevnaden hos patienter med tidig icke-småcellig cancer har möjlighet att påverka den hälsorelaterade livskvaliteten, HRQoL, separat eller tillsammans med symtom på sjukdomen till exempel postoperativ smärta, försämrad förmåga till daglig aktivitet och på grund av reducerad lungkapacitet (Kenny, King, Viney, Boyer, Pallicino, McLean, Fullham & Mc Coughan, 2008). Att informera patienten om HRQoL både på kort, och lång sikt borde vara självklart. Symtom så som smärta, dyspné, fatigue, illamående och kräkning var kvarstående i olika grader hos de patienter som har opererats. Innan operationen led patienterna av hosta, dyspné, fatigue och smärta, vid utskrivningen från sjukhuset hade de mer ont, var tröttare och hade svårare med sin andning än innan operationen. Upp till 2 år efter operation skattade patienter att de hade det svårare med sin andning än innan operation och upp mot 40 % uppgav en ökad trötthet i jämförelse med preoperativt. Den emotionella funktionen var det som togs upp som påverkades minst av operationen. Att förstå vad patienter som opereras för lungcancer går igenom på lång sikt är viktigt för att kunna informera dem på ett bra sätt och anpassa vården efter deras behov (Kenny et al, 2008).

TEORETISK RAM

SAUK-modellen (Sympati-fas, Acceptans-fas, Upplevelsemässig innebörds-fas och Kompetens-fas)

SAUK-modellen, ger identitet till omvårdnadsdisciplinen i Sverige (Gustafsson, 2004;2007). SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad har till uppgift att formulera antagande om kvalitet, vad som är värdeskapande i omvårdnadshandlingen, och beskriver hur ett bekräftande möte kan ske och systematiseras. Kvalitet som utvecklas beskrivs som mätvärde på den omvårdnad som bedrivs som därmed kan benämnas som bekräftande eller icke-

bekräftande. Att bedriva bekräftande omvårdnad handlar om att personalen har en vilja att bekräfta patienten och att se denne som ett handlande subjekt (Gustafsson, 2004; 2007).

”Bekräftande omvårdnad kan definieras som omvårdnad på det handlande subjektets nivå (personnivå) utvärderad från perspektivet bekräftelse. Detta betyder ”att bedriva bekräftande omvårdnad” (i) är ett eget valt prioriterat projekt (livsplan) för personalen som de själva accepterat, d.v.s har viljan att vara bekräftande, och (ii) att personalen därmed ställer positiva krav och förväntningar på egna förmågor (repertoar) och egna inre och yttre omständigheter (miljö) så att de kan vara framgångsrika att förverkliga det egna valda projektet. Personalens acceptans av projektet ”bekräftande omvårdnad” medför att personalen gör en individuell specifikation av krav och förväntningar på sig själva som om projektet lyckas stärker deras grundengagemang. ” (Gustafsson, 2004, sid 128)

Hur en bekräftande omvårdnad kan utformas i praktiken beror på den unika person som söker vård och på personalens förutsättningar att bedriva bekräftande omvårdnad. Det övergripande målet är att kunna stödja patienten utifrån dennes egna resurser, önskemål, förväntningar och förmågor. En förutsättning för att känna sig bekräftad är att det föreligger någon sorts form av osäkerhet avseende något betydelsefull. Patienten kan känna sig osäker på om besvären är riktiga, eller om de uppfattas som inbillning, personalen i sin tur kan vara osäker på sin kunskap att känna, man saknar förmåga att respektera och förstå personen som söker vård, kanske på grund av annan kulturell bakgrund (Gustafsson, 2004). Bekräftande omvårdnad tolkas i SAUK-modellen som en dynamisk process i fyra förbundna faser S-fas -> A-fas -> U-fas -> K-fas i en omvårdnadsprocess för att specifikt personresurser i livsplan, repertoar och miljö (Gustafsson, 2004). De fyra faserna tydliggörs i tabell 1 nedan. Begrepp som används är omvårdnadsprocess, bekräftelseprocess (I & I-handlingar), bekräftelseprocess (J & S-handlingar) och livskompetens. Det övergripande omvårdnads målet är att stärka en människas livskompetens genom att positivt stärka hennes uppfattning om sig själv så att hon upplever att hon har kvalificerade förmågor att förverkliga det hon önskar i sin aktuella livsbetingelse (Gustafsson, 2004). En bekräftande omvårdnad ska utvärderas med subjektets perspektiv, bekräftelsen är en kvalitetsmarkör i omvårdanden. Teorin baserar sig på tron på människan som ett handlande subjekt och där omvårdanden ska leda till förbättring. Den bekräftande omvårdanden stärker patienten (Gustafsson, 2004). Omvårdnads målet ska vara att

stärka patienten genom att bekräfta honom/henne. Bekräftelse kräver ömsesidighet och det är därför avgörande att personalen kan skapa sådana förutsättningar. Kvalitetsmålet ska vara att skapa ett bekräftande möte i vården som ska resultera i Personstöd, vilket innebär att patienten känner sig bemött med respekt och förståelse, Jagstöd, vilket innebär att patienten känner sig delaktig och har inflytande och Jagperspektivstöd, vilket innebär att patienten upplever stöd att nå sina egna mål. SAUK-modellen systematiserar att positivt bevara och förstärka människors uppfattning om sig själva i en jag-relationsstödande omvårdnad vilken utgår från Personstöd, Jagstöd och Jagperspektivstöd (Gustafsson, 2007).

Tabell 1 S-FAS A-FAS U-FAS K-FAS

	S-FAS	A-FAS	U-FAS	K-FAS
Personstöd	Patienten känner sig sedd av personal -> trygghet	Tillåtande klimat och en öppen dialog	Patienten ger feedback till personalen för att de ska kunna tolka omvårdnadssituationen rätt-individualiserad vård	Patientens handlingskunskaper stärks genom att uppmärksamma önsknings och mål
Jagstöd	Patientens uppfattning om sig själv stärks och bidrar till livsstilsförändring	Patientens integritet stärks – kompanjon-skap	Patienten ser sig som en unik person och är medveten om sina resurser	Patientens tro på sig själv stärks
Jagperspektivstöd	Stödja patienten att hitta sitt livsmål, öka viljan till självomsorg	Patienten bestämmer själv sina mål – ökad kontroll	Patienten sträva mot att vara sann mot sig själv genom att granska sig själv	Stödja patienten att diskutera olika handlingsalternativ

I S-fasen innebär personstöd att patienten känner sig sedd av personalen och därmed trygg, jagstödet innebär att stärka patientens uppfattning om sig själv och genom delaktighet till exempel bidra till livsstilsförändringar. Jagperspektivsstöd innebär att stödja patienten att hitta sitt livsmål för att stärka sin identitet, vilket ökar patientens vilja till självomsorg (Gustafsson, 2007).

A-fasens personstöd innebär ett tillåtande klimat och en öppen dialog, medan jagstödet handlar om att stärka patientens autonomi och dess personliga integritet. Målet är att göra patienten delaktig – en kompanjon. Jagperspektivstöd ges genom att patienten själv bestämmer sina mål vilket leder till en känsla av ökad kontroll (Gustafsson, 2007).

U-fasens personstöd nås genom att personalen speglar patienten och man får en uppfattning om situationen är rätt tolkad av personalen – individuell omvårdnad. Jagstöd innebär att patienten ser sig som unik och att personalen medvetandegör patientens resurser, medan jagperspektivstödet gör att patienten granskar sig själv och sitt handlande för att kunna vara sann mot sig själv, hur man är i sin relation till sig själv (Gustafsson, 2007).

K-fasens personstöd uppmärksammar önsknings och mål för att kunna stärka handlingskunskaper, jagstödet stärker patientens tro på sig själv genom att öka förmågan till bedöma, besluta, handla och utvärdera sin livssituation. Jagperspektivstödet stödjer patienten i att diskutera olika handlingsalternativ, och målet är att ge en positiv självbild och medverka till tilltro på sina resurser (Gustafsson, 2007).

CENTRALA BEGREPP

Bemötande

Det centrala temat i omvårdnadsprocessen är den terapeutiska internpersonella relationen mellan vårdare och patient (Bentling, 1995). En viktig del i omvårdnaden är att bli medveten om svårigheterna i kommunikationen med andra, när sjuksköterskan blir medveten om detta, kan hon utveckla sitt beteende i kommunikationen för att budskapet i det hon säger kommer fram klart och tydligt. Initialt måste sjuksköterskan kunna närma sig patienten genom att lyssna, vilket är en viktig del i att närma sig någon. Lyssnandet innefattar också icke-verbal kommunikation så som kroppsspråk och som sjuksköterska söker man även efter teman i vad en person säger och det outtalade (Watson, 1985). För att kunna förstå omvårdnaden måste man kunna förstå humanistiska och vetenskapliga faktorer som har betydelse för hälsan. En humanistisk - altruistisk ideologi är överordnad omvårdnadsvetenskapen och bygger på att inge hopp och förtroende. Information är ett exempel på begrepp inom omvårdnaden och sjuksköterskan ska ge en adekvat information och hjälpa patienten att finna alternativa lösningar i svåra situationer (Bentling, 1995). Syftet med informationen är att ge patienten en realistisk uppfattning av omständigheter och sina möjligheter. På grund av individuella erfarenheter, värderingar och önsknings reagerar olika människor på olika sätt inför samma situation. Watson beskriver omvårdnadssituationen som en pedagogisk process baserad på interaktion mellan en patient och en sjuksköterska. Detta kan till exempel innebära att patienten ska lära sig att leva med en sjukdom, sjuksköterskan måste därför ha kunskaper om

vilka förutsättningar som krävs för inläring och undervisning. Bentling (1995) beskriver i sin översikt att Watson skiljer på utbildning - education och rådgivning – counselling där rådgivning mer handlar om ett aktivt lyssnande som kan leda till att en person påverkas på ett sätt som får betydelse för att nå målet interaktion. Hälsa är individuellt och hänger samman med värderingar, livsideal och egna resurser och de olika uppfattningarna om hälsa ger olika behov i omvårdnaden (Bentling, 1995). Vårdrelationen skiljer sig från interaktion och vad som är karaktäristiskt för vårdrelationen är att den syftar till att stödja patientens hälsoprocesser. Vårdandet ska även riktas mot patientens omvärld det vill säga familjen, eller vilka som finns i omgivningen och som har betydelse för hälsoprocesserna (Eriksson, 1995). Om sjuksköterskan närmar sig en patient på ett bra sätt och gör det på ett sätt som innefattar empati och en icke-krävande värme, så leder detta till att patienten känner sig stimulerad att fundera kring sitt eget beteende och en äkta kommunikation kan resultera ur detta, med en person som väljer en konstruktiv väg mot hälsa (Watson, 1985).

Hälsa, hälsobegrepp

Hälsa är ett tillstånd av välbefinnande och att man har fullgoda kroppsfunktioner (Institution för svenska språket, 2009). WHO definierar hälsa som ett tillstånd av fullkomlig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom (Eriksson, 1995). Vanligtvis skiljer man på mental hälsa och allmän hälsa. Eriksson (1995) refererar till en undersökning som är gjord av Baumann rörande folks uppfattning om hälsa, och undersökningen sammanfattas i tre punkter, vilka allmänt uppfattas som kriterier för hälsa: En subjektiv känsla av välbefinnande, Frånvaro av sjukdomssymtom, Möjlighet att utföra de aktiviteter som förväntas för en frisk människa. Hälsobegreppen kan, enligt Eriksson (1995), beskrivas som en objektiv dimension, vilket innefattar frånvaro av ohälsa, och en subjektiv dimension, vilket innefattas av en känsla av välbefinnande. Hon beskriver faktorer som bidrar till att människor inte har eller känner hälsa, som hälsohinder. Vilken bakgrund vi har kan också påverka vår känsla av hälsa, då samhälle och socialt arv kan påverka våra värderingar och attityder. Detta förändrar vår uppfattning om när man har ohälsa och när man får ha ohälsa. Hälsa är personligt, det vill säga varje människa är sin egen referens på sin hälsa (Eriksson, 1995). Definitionen av hälsa utgår från vilken människosyn vi har, den hälsodefinitionen är sedan grunden i den omvårdnad som utförs. Människan är ett handlande

subjekt och hälsa ses som förmågor patienten har, att stärka sig själv och ta vara på sina resurser. Om människa ses som en biologisk varelse ses hälsa som en frånvaro av sjukdom. Hälsa ses som en helhet och hälsan kan förstås som en balans mellan en persons kapacitet, miljö och design (Gustafsson 2004).

Livskvalitet

Livskvalitet är ett mått på livsvärde som inte mäts med pengar (Institution för svenska språket, 2009). Livskvalitet är ett sammansatt ord av liv; det vill säga existens, tillvaro eller verklighet, och kvalitet det vill säga egenskap eller värde (Pettersson, 2010). Livskvalitet mäts utifrån inre eller yttre villkor och detta avgörs för hur man ser på livskvalitet de objektivt det vill säga inte av subjektet bedömda villkor, eller subjektivt det vill säga att man ser människan ur ett helhetsperspektiv. Kvalitet och meningen med livet kan variera i livet och om man tittar på livskvaliteten vid en specifik händelse görs bedömningen med det tidigare livet som referensram. Livskvalitet är nära förknippat med det meningsfulla i ens tillvaro och starkt kopplat till bland annat till hälsa (Pettersson, 2010). Livskvalitet är något subjektivt som värderingar, kunskap och välmående (Saad, Bottega & Toro, 2007). Livskvalitet är multidimensionellt och innefattar sociala förhållanden, emotionella, kognitiva, psykiska och funktionellt välmående (Pearman, 2007). WHO definierar livskvalitet (QoL) som den uppfattning en person har av sin värld i kontext av dess kultur och värderingar under vilket vi lever i relation till våra mål och förväntningar. Livskvalitet är ett begrepp som innefattar många faktorer bland annat fysiska, psykiska-emotionella och sociala faktorer (Camps et al, 2009). Patienters livskvalitet har en mångfacetterad struktur och är beroende av ett antal variabler så som: fysiska faktorer, till exempel på grund av sjukdomen eller behandlingen, psykologiska och emotionella faktorer som handlar om att kunna relatera till andra. Om personen lider av någon form av depression eller ångest vilket kan vara sekundärt till till exempel behandling eller sjukdom, familjesituationen bör även analyseras. Sociala faktorer kan vara om man kan behålla sitt arbete, svårigheter att ha sociala relationer eller lider av ekonomiska svårigheter som är direkt förknippade med sjukdomen (Camps et al, 2009). Meningsfullt liv kan främst utvärderas utifrån om man anser det fyllt av välbefinnande och lycka. Välbefinnande ses som positiva känslor av glädje, tillit, förtröstan och hoppfullhet (Gustafsson, 2004).

TIDIGARE FORSKNING

Forskningsläge

För att kunna ta del av aktuellt forskningsläge, har litteratursökningarna gjorts på Pubmed och Cinahl. Litteratur har också sökts i Cochrane Library, litteratur och internetsidor såsom onkologisk centrum då det har varit svårt att finna vissa uppgifter i vetenskapliga artiklar. Sökningarna är gjorda januari och februari 2011. De valda artiklarna är kopplade till vårt

Sökmotor	Sökord	Resultat Full Text
Pubmed	Quality of Life Lung Cancer	3742
Pubmed	Health related quality of life after surgery lung cancer	44
Cinahl	Patient Satisfaction	20058
Cinahl	Patient Satisfaction cancer	24
Cinahl	Life Quality	1673
Cinahl	Life Quality Cancer	20
Cinahl	Health Related Quality of Life	4294
Cinahl	Health Related Quality of Life after lung surgery	1
Cochrane Library	Quality of Life Lung Cancer	22

Patientens upplevelser

Endast de patienter med en lungcancer som är operabel, har en chans att tillfriskna, detta innebär att 80 – 90 % av patienterna har framför sig en tid av behandlingar såsom strålning, cytostatika behandling, eller båda (Solá et al, 2009). Förutom fysiska symtom, lider dessa patienter även av depressioner och en ångestladdad framtid. Detta kan ha en förödande effekt på deras emotionella och psykiska hälsa. Familj och närstående påverkas även de av situationen (Solá et al, 2009). Denna Cochrane-rapport skrevs för att kvantifiera evidensen för non-invasiva åtgärder för att förbättra livskvaliteten för patienter som drabbats av lungcancer (Solá et al, 2009).

Variationer i patienters upplevelse av livskvalitet kan förklaras av andra faktorer såsom patientens socioekonomiska bakgrund snarare än biverkningar från behandling eller sjukdomsrelaterade symtom (Montazeri, Gillis & McEwen, 1998). I WHO:s definition av livskvalitet ses den som multidimensionell, vilket innefattar även sociala, psykiska och

emotionella funktioner. Det finns få undersökningar på hur de anhöriga mår, trots att detta är en viktig aspekt. Hur de anhöriga mår, påverkar patientens framtidsutsikter och livskvalitet. I en turkisk studie framgår det att i det turkiska samhället har anhöriga en viktig roll i vården beroende på förväntningar ur ett kulturellt perspektiv (Bektras & Ozer, 2009). I en studie gjord på Mayokliniken i Rochester visade att livskvalitet korrelerar till stor del med vilket stadium av sjukdomen den drabbade är i och att faktorer som hade en påverkan på livskvalitet var viktning, histologi och fatigue (Svobodnik, Yang, Novotny, Bass, Garcesn Jett, Bonner & Sloan, 2004). Diagnosen lungcancer har en dramatisk effekt på livskvalitet såsom förändringar på arbetet, rollerna i familjen och sociala aktiviteter. Det drabbar både den sjuke och hans/hennes familjemedlemmar, även här framkommer att depression, fatigue och kronisk smärta har ett samband med sämre livskvalitet (Dowe-Wamboldt, Butler & Coulter, 2006).

Sjuksköterskans och vårdens betydelse för livskvalitet

En studie från 2002 av Moore visade att ha tillgång till en sjuksköterska bidrog till att patienterna fick en känsla av någon form av kontroll över sin vård vilket ansågs som positivt. Det framgår i studien att patienter som drabbats av cancer har ett stort behov av emotionell och psykologiskt stöd, vilket kan ses som ett problem i dagens sjukvård. Det beskrivs i en studie som är från 1982, vilken visade att depression minskade och självkänslan ökade hos patienter som fick terapi (Solá et al, 2009). Att hantera andningssvårigheter har positiva effekter, samt om sjuksköterskor har uppföljning på dessa patientgrupper leder det till en högre tillfredsställelse hos patienten, psykoterapeutisk rådgivning hjälpte patienter att hantera de känslomässiga symtom som är associerade med sjukdomen. Ett ökat intag av näring har en positiv effekt på livskvaliteten hos dessa patienter, studien visade även att det finns behov av utbildning hos sjuksköterskor och paramedicinska yrkesgrupper i stöttande undervisningsteknik och detta ska fungera i samspel med konventionell medicinsk intervention (Solá et al, 2009).

Hur nöjda patienter var över sin vård beror på deras förväntning av vården. Hur vården upplevs beror på flera faktorer som till exempel en dålig fysisk hälsa och sjukdomens svårighetsgrad påverkar direkt hur nöjd patienten känner sig. Inte helt överraskande upplevde de patienter som drabbats av komplikationer att de var mindre nöjda men det var inte självklart. Hur hälsan är nu påverkar hur nöjd man är snarare än hur hälsan kommer att vara i

framtiden, vilket är intressant eftersom man opererar patienten för att de ska få en förlängd överlevnad. Den tredje slutsatsen författarna drog var att relationen mellan patient och vårdare påverkade patienters följsamhet till behandling beror på hur nöjd patienten är med den vård denne får och detta är förknippat med patient- och vårdrelationen (Barlesi, Boyer, Doddoli, Antionitti, Thomas & Auquier, 2005).

Prognostiska faktorer

Tre viktiga prognostiska faktorer för överlevnad hos lungcancer patienter var; psykiskt välbefinnande innan sjukdom, sjukdomsstadium, samt hur mycket patienten förlorat i vikt inom en 6-månads period även smärta sågs också som en principiellt viktig faktor. Att förstärka patienters livskvalitet och kontrollera symtom innebär att de professionella får en bättre kunskap om den process patienten går igenom, hur patienten lever med sin sjukdom (Camps et al, 2009).

Att få kontroll på symtomen vid lungcancer är viktigt eftersom dessa påverkar patienten på ett negativt sätt genom att skapa oro, påverka livskvaliteten och överlevnad (Kirkonova, Davis, Walsh, Tiernan, O'Leary, LeGrand, Lagman & Russel, 2006). Symtomen påverkas av hur sjukdomen utvecklas. Symtom som nämns är relaterade till sjukdomen, behandlingen eller i kombination. Dessa symtom är anorexi, ångest, dyspné, depression, fatigue och smärta (Kirkonova et al, 2006). Det är ytterst viktigt att vården fokuserar på dessa patienter eftersom att risken är stor för en försämrad livskvalitet (Pearman, 2007). Risker för en försämrad livskvalitet är: yngre patienter, depression vid insjuknandet och annan sjukdom samtidigt om man är kvinna. Kvinnor som även är drabbade av även en annan sjukdom förutom lungcancer upplever en försämrad livskvalitet. Om patienterna upplever sig få stöd av sjukvården, har en högre utbildning är detta positivt, detta förhållande gäller kvinnor. Självmordsfrekvensen uppges som hög i denna grupp, tecken på tankar på detta kan vara smärta och depression (Pearman, 2007). Symtom som lungcancerpatienter och deras anhöriga anser påverkar patienternas övergripande livskvalitet och den dimension av HRQoL som både patient och anhörig talade om var fatigue och emotionell funktion. Fatigue vet man sedan länge att det har en nedbrytande effekt på patienten och påverkar alla delar av dennes liv. Vanliga emotionella reaktioner på händelser som är stressfyllda för patienten är ångest och depression. Den patienten som har symtom av fatigue och nedsatt emotionell funktion som depression får en

påverkan på sin övergripande livskvalitet genom att det minskar patientens möjlighet att leva sitt liv på det vis han önskar eller har som mål (Östlund, Wennerman-Larsen, Gustavsson & Wengström, 2007).

Sexuella funktioner

Den sexuella funktionen kan beskrivas som en del av livskvaliteten. Hur cancerbehandlingen har effekt på sexualitet hos personer med lungcancer är studerat och det framkom en försämring i sexuell funktion under cancerbehandlingen både hos kvinnor och också män. Det visar sig dock att män upplevde en bättre sexuell funktion än kvinnorna framförallt syntes detta i början av testperioden. Detta kan bero på att kvinnorna känner en chock över sin ändrade kropp, håravfall, viktförlust och torra slemhinnor. Låg sexuell önskan och erektil dysfunktion kan även bero på fatigue, stress, kronisk smärta, ändrad kroppsuppfattning samt förtidigt åldrande orsakad av minskad mängd hormoner i kroppen (Shell et al, 2008).

Vårdpersonal är dålig på att ta upp frågan om sexuell funktion och intimitet trots att det är bevisat att det har stor betydelse för livskvalitet och patientens förhållande till sin partner. Att ta upp diskussionen om sexuell funktion kan vara ett sätt för vårdpersonal att visa medkänsla och att försöka förhöja livskvalitet för den lungcancer sjuke personen då studier har visat att behovet av sexualitet och intimitet fortsätter genom en persons liv även när man utsätts för en livshotande sjukdom såsom lungcancer (Tessler Lindau, Surwanska, Paice & Baron, 2010)

PROBLEMFÖRMULERING

I en Cochrane-rapport skriven 2009 (Solá et al.) eftersöks kvalitativa studier där livskvaliteten kopplas samman med vårdupplevelsen. Livskvaliteten är sämre hos denna patientgrupp jämfört med normalpopulationen. Att patienter har en öppen kommunikation med dem som vårdar är viktigt för att kunna ta upp sina problem. Smärta efter operation kan också vara något som påverkar hur vården upplevs. Då vården effektiviseras minskar också tiden personalen har att lyssna på patienterna vilket kan upplevas som ett ointresse från personalens sida av patienten. Få studier är gjorda på patienter med lungcancer och hur dessa upplever sin livskvalitet och framförallt inte på dem som genomgår operation. Den kunskap som saknas är om det finns ett samband mellan livskvalitet och bekräftande omvårdnad, SAUK-modellen är inte beprövad i detta sammanhang. Det är viktigt att fånga en sådan kunskap för att kunna utveckla strategier i vårdandet för denna patientgrupp.

SYFTE

Syftet med denna undersökning är att belysa hur patienter med lungcancer uppfattar sin livskvalitet i samband med thoracotomi vid mätningar under 1 år, och om det finns någon relation mellan det bekräftande mötet med vårdpersonal och hälsorelaterad livskvalitet.

HYPOTES

Det finns ingen förändring av upplevd livskvalitet över tid.

METOD

STUDIENS DESIGN

Studien har en kvantitativ ansats. En kvantitativ ansats syftar till att mäta och förklara genom att den insamlade informationen omformas till siffror och mängder för att möjliggöra statistiska analyser (Nyberg, 2000). Burström (2002) beskriver att hälsorelaterad livskvalitet representerar de dimensioner av livskvalitet som direkt påverkar en individs hälsa; fysisk, psykisk och sociala aspekter så väl som generellt välbefinnande (Burström, 2002).

Studien undersöker hur patienter med diagnosen operabel lungcancer, alternativt under utredning för lungcancer, skattar sin livskvalitet. Detta innebär att det är ett fenomen, livskvalitet, som studeras.

Vår huvudstudie kommer att ha en prospektiv och longitudinell design. Mätningen kommer att utföras under 1 års tid: innan operation, 5 dagar efter operationen och en månad efter operation, 3 månader efter operationen, 6 månader efter operationen och 1 år efter operationen. Patienten besvarar livskvalitetens formulär EQ5D vid alla tillfällena. En månad efter operation kompletteras EQ5D med enkäten SAUK- bekräftande- möte. I huvudstudien kommer en påminnelse skickas ut till informanterna för att minska risken för bortfall.

STUDIENS URVAL

Urvalet kommer att ske konsekutivt, det vill säga att urvalet inte är slumpmässigt.

De patienter som har en cancerdiagnos eller är under utredning för cancerdiagnos kommer att tillfrågas om de vill delta i studien under ett tidsintervall. Patienter som kan delta i studien är

de som ska genomgå en lungoperation på ett sjukhus i västra Sverige, där syftet för operation är att operera bort misstänkt eller konstaterad förändring på lungan.

INKLUSIONSKRITERIER

Patienten ska lungopereras på grund av tumör eller utredning av tumörsjukdom på en thoraxklinik på ett sjukhus i västra Sverige. Ingen skillnad görs om det är en man eller kvinna. Ålder har ingen betydelse. Patienten skall vara orienterad till tid och rum samt tala och förstå det svenska språket

DATAINSAMLINGSMETOD

EQ5D-enkäten

EuroQoL-gruppen bildades 1987 genom ett nätverk av forskare från sju centra i Finland, Nederländerna, Norge, Sverige och England. Numer samarbetar gruppen med andra forskare i Canada, Danmark, Tyskland, Grekland, Japan, Nya Zeeland, Slovenien, Spanien, USA och Zimbabwe. I processen att dela utveckling och lokala experiment utvecklades EQ5D, ett instrument för att mäta hälsostatus som såväl som att det är enkelt att arbeta med, även är kostnadseffektivt. EQ5D är nu översatt till de flesta språken i världen med överseende från EuroQoL-gruppen (Rabin & de Charro, 2001). Livskvalitetetsinstrumentet EQ5D är ett standardiserat instrument för att mäta och beskriva hälsoutfall. Själva mätinstrumentet består av ett beskrivande frågeformulär där informanten klassificerar sin hälsa i fem olika dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet) på tre olika allvarlighetsgrader och slutligen efter en termometerliknande skala, rating scale, en så kallad vertikal visual analogue scale (EQ VAS). Det finns 30 officiella översättningar av instrumentet och det används över hela världen. I en studie gjord av folkhälsoinstitutet 1998 användes enkäten på närmare 5000 personer (Burström, 2002).

SAUK-Bekräftande-möte-enkät

Enkäten utvecklades av Gustafsson (2007). SAUK-Bekräftande – möte-enkäten är systematiserad i tre delar: personstödsfrågor, jagstödsfrågor och jagperspektivstödsfrågor. Enkätfrågorna har utprovats i öppen- och slutenvården. Enkäten är utformad för att omfatta samtliga SAUK-faser, Sympati-fas, Acceptans-fas, Upplevelsemässig innebörds-fas och Kompetens-fas. Den är skriven på ett sådant sätt att de kan besvaras anonymt. Resultatet på

enkäten kan användas som kvalitetsuppföljning på enskilda patienter, eller patientgrupper. Enligt Gustafsson handlar en god omvårdnad om ett möte mellan patient och vårdare (Gustafsson, 2007). Enkäten består av 13 frågor där informanten får värdera sitt svar som om det stämmer med påståendet i låg grad eller i hög grad på en skala, där frågorna handlar om personalens bemötande mot patienten/informanten.

Tillvägagångssätt

Alla patienter som kommer för behandling under en viss tidsperiod och passar enligt inklusionskriterierna, tillfrågas vid inskrivning, på avdelningen eller den preoperativa mottagningen om deltagande i studien. De erhåller skriftlig och muntlig information. Alla patienter har rätt att avböja deltagande. Strukturerade enkäter kommer att delas ut till dem som väljer att delta.

- Preoperativt: besvaras enkäten EQ5D samt ett frågeformulär om informanten, vilka eventuella sjukdomar han/hon har samt om patienten är rökare eller inte.
- Dag 5 efter operationen: besvaras enkäten EQ5D. Enkäten lämnas eventuellt ut tidigare än på dag 5, beroende på om informanten är på väg hem eller till annan vårdinrättning. Informanten fyller i den på den aktuella dagen och skickar den sedan till författarna till studien.
- 1 månad efter operation: besvaras enkäten EQ5D samt enkäten SAUK-bekräftande-möte. Enkäterna skickas hem till informanten.
- 3 månader efter operation skickas enkäten EQ5D återigen hem till informanten.
- 6 månader efter operationen skickas EQ5D återigen hem till informanten.
- 1 år efter operationen görs en sista mätning av livskvaliteten genom att ytterligare enkät, det vill säga EQ5D, skickas hem till informanten.

DATAANALYS

Detta är en deskriptiv studie som kommer att beskriva materialet i tabeller och histogram. Ett icke-parametriskt test kommer att utföras då dessa variabler är kvalitativa. Vid analys görs en jämförelse över tid och Fischers exakta test och Mann Whitney U – test används. Resultatet kommer att redovisas i medelvärden, procent, standardavvikelse samt p-värden.

Signifikansnivån uttrycks i P- värde där P - värdet står för sannolikhet. P- värdet skall vara <0,05 för att räknas som signifikant (SBU, 2004) EQ5D redovisas även i scorevärden, där full hälsa = 1, död = 0 enligt instrumentet men där en version (SBU) också är 0 = sämsta tänkbara hälsa och 1 = bästa tänkbara livskvalitet (SBU publikationer). SAUK-bekräftande – möte-enkät kommer att analyseras i histogram och redovisas i medelvärde och i medelpoäng. Vi söker bevis för om noll hypotesen är sann eller falsk (Polit & Beck, 2004). SPSS och Excel kommer att användas vid statistiska analyser.

Powerberäkning

Studier med EQ5D kräver att det är stora material som analyseras (Burström, 2002; Mathews & May, 2007) medan studier med bemötande frågeställning har de varit mycket mindre, cirka 20 i antal (Gustafsson & Willman, 2003). De studier som gjorts på lungcancerpatienter och där det är livskvaliteten som har mätts så har vi funnit en studie om 173 patienter bemötande frågeställning kan vara (Kenny et al, 2007). UCLA beskriver den Power-analys som ska göras innan studiens start. Power-analysen avser att hitta det nödvändiga antalet informanter i studien för att få ett användbart resultat. Analysen kan behöva göras om vid förändring av metod eftersom den är beroende av de data som analyseras. Power-analysen tar fram ”the best case scenario” genom att arbeta fram det antal informanter som behövs i den aktuella studien för att kunna belägga skillnader som är baserad på antaganden. Power-analysen kan ses som en planering inför studien där man testar hypotesen (UCLA, Statistical Computing Seminars, 2011).

PILOTSTUDIEN

Urval - I pilotstudien ingick n=15 lungopererade patienter varav 10 är kvinnor och 5 är män. Medelåldern var 66 år. De var slumpmässigt utvalda och urvalet var konsekutivt under tidsperioden april-juni 2011. De tillfrågades på avdelningen alternativt preoperativa mottagningen. När de accepterat medverkan i studien fick de initialt svara på bakgrundsfrågor angående sin hälsa. **Tillvägagångssättet** i pilotstudien beskrivs ovan med den skillnaden att det endast delades ut enkäter vid tre tillfällen. Vid baseline, 5 dagar efter operationen och 1 månad efter operationen. EQ5D enkäten besvarades vid alla tre tillfällena samt SAUK-bekräftande- möte enkäten vid sista mätningen. **Dataanalys:** Power-analys är inte gjord i pilotstudien eftersom det inte är klarlagt i vilken nivå vi vill se förändringen. I pilotstudien

görs en undersökning över tid samt utförs på individ och gruppnivå. Jämförelse görs mellan män och kvinnor för att se skillnader på kön och upplevd livskvalitet.

EQ5D – enkäten (se bilaga 4) sammanställdes i form av tabeller och redovisning av dimensionerna utförda i Excel-program där scorepoäng räknades ut. Det gjordes jämförande tabeller från var baseline, 5 dagar efter operation och upp till 1 månad efter operation. I dessa tabeller är även procent uträknat för att tydliggöra till exempel andel informanter med smärta vid de olika mätningarna. Medelvärden är framtagna för att kunna beräkna livskvaliteten och hur den förändrades över tid. En jämförelse har även gjorts i tabellform över totala antalet informanter, samt uppdelat på män och kvinnor för att se skillnader.

SAUK-bekräftande-möte-enkäten (se bilaga 3) redovisades utifrån en poängberäkning enligt Gustafsson (2007), dessa histogram utfördes i Excel. Poängen redovisades sedan i procent samt medelvärde för att tydliggöra resultatet och kunna koppla det till hur vården kunde utvärderas enligt Gustafssons modell.

FORSKNINGSETIKSKA ASPEKTER

Enligt International Council of Nurses skall sjuksköterskor aktivt arbeta för att utveckla omvårdnaden och arbeta efter evidensbaserad vetenskap. Som sjuksköterska har man ett ansvar att främja hälsa, lindra lidande och förebygga sjukdom (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor). Då denna pilotstudie behandlar uppgifter inhämtade från personer som inkommer för planerad lungoperation och inte behandlar biologiskt materiel. Det görs heller inget försök till att påverka personen varken psykiskt eller fysiskt behövs ingen etikprövning utföras enligt lag 2 003:460 (Codex, regler och riktlinjer för forskning www.codex.uu.se).

Enligt FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna och i Helsingforsdeklarationen bygger omvårdnadsforskningen på etiska principer. Dessa är principen om autonomi, om att göra gott, om att inte skada, om rättvisa. I denna studie följer vi dessa principer. De fyra centrala etiska kraven på forskare är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och Nyttjandekravet: (<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>).

Deltagarna i pilotstudien fick skriftlig information på att språk som är lätt att förstå. Det beskrevs kortfattat hur studien gick till samt att deltagande var frivilligt samt att avsluta deltagandet i studien inte påverkade den fortsatta vården. Deltagarna fick även information

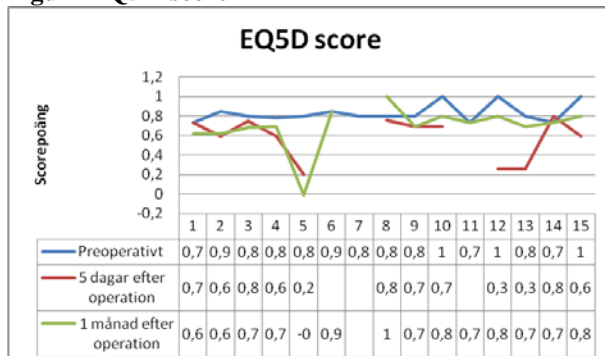
om att deras uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt. Den stora studien kommer att redovisas i gruppnivå men på grund av få deltagare i pilotstudien kommer denna att presenteras på både individnivå och gruppnivå. Vi har dock varit noggranna med att det inte skall gå att härleda till den enskilda informanten. Då vi inte informerar om varken individens ålder eller kön, samt då det finns flera kvinnor och flera män anser vi att det inte går att härleda till den enskilde patienten. Det är vår förhoppning att ingen skall uppleva studien som besvärande.

RESULTAT

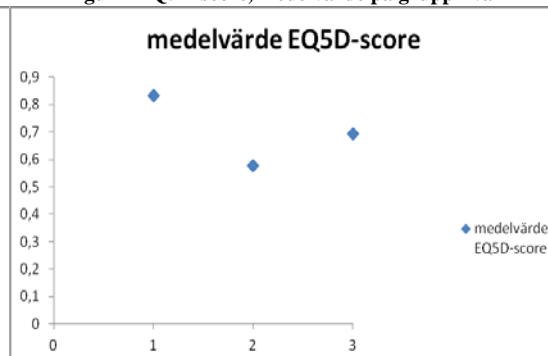
Informanterna som accepterade att delta i studien var 15 i antal. åldersfördelningen låg mellan 45 år – 79 år. Medelåldern på alla informanter var 66 år. Kvinnornas medelålder var 67 år och männens var 64 år. Dag 5 var det ett bortfall på 3 personer och 1 person svarade inte efter en månad. Det var även 2 informanter som hade hoppat över frågor i bakgrundsfrågorna. I de frågor som informanterna besvarade preoperativt framkom att 2 informanter hade hypertoni i sin anamnes, 1 informant uppgav annan hjärtsjukdom, ingen uppgav diabetes i sin anamnes. Endast 2 informanter rökte vid tiden för sin operation, men 8 informanter var tidigare rökare. 3 hade aldrig rökt. Intervallet mellan rökstoppet var 1 månad till 17 år.

EQ5D-ENKÄTEN

Figur 1 EQ5D-score



Figur 2 EQ5D-score, medelvärde på gruppnivå



Värden Y-axel: Värde 1 = preoperativt, värde 2 = 5 dagar efter operation, värde 3 = 1 månad efter operation

Här är informanternas svar viktat och uträknat i ett scorevärde, de flesta värden är positiva men ett negativt värde finns på grund av omräkningssystemet. Full hälsa = 1, död = 0 enligt instrumentet men där en version (SBU) också är 0 = sämsta tänkbara hälsa och 1 = bästa tänkbara livskvalitet (SBU publikationer). Detta är en värdering av förändringen under tiden

för mätningen. Figur 2 visar medelvärden av scorevärdet på gruppnivå och där det framkommer att det preoperativa värdet ligger relativt bra och indikerar på en god livskvalitet men medelvärdet sjunker med sin lägsta nivå på dag 5 efter operation.

3 informanter angav viss svårighet att gå preoperativt. 5 dagar efter operationen uppger fem informanter svårighet vid gång. Efter 1 månad uppger 3 informanter svårighet vid gång, 2 informanter uppgav dessa svårigheter redan preoperativt medan den 3:e fick svårigheter efter operationen. Ingen informant uppgav sig som sängliggande vid någon mätning.

Vad det gäller hygien uppgav 5 informanter att de hade vissa problem med att tvätta och klä sig, men detta är endast vid mätningen 5 dagar efter operation.

Vad det gäller huvudsaklig aktivitet uppgav 2 informanter att de inte alls klarade sina huvudsakliga aktiviteter 5 dagar efter operation, 5 informanter angav vissa problem med att klara sina huvudsakliga aktiviteter vid samma mät tillfälle, medan vid mätningen 1 månad efter operation uppgav 6 informanter vissa problem med sina huvudsakliga aktiviteter. Ingen informant angav problem med detta innan operationen.

Det var 9 av informanterna som upplevde smärta av måttlig karaktär redan innan operation. Den siffran steg till 10 informanter 5 dagar efter operation, 1 informant hade svår smärta. 1 månad efter operationen var förhållandet likvärdigt. 1 informant uppgav faktiskt efter 5 dagar att personen inte har några som helst smärtor/besvär. 2 informanter, hade varken smärtor eller besvär 1 månad efter operationen.

10 informanter upplevde ingen oro eller nedstämdhet, 4 informanter upplevde oro till en viss utsträckning och 1 informant var i högsta grad nedstämd och orolig. 5 dagar efter operationen var 5 informanter i viss utsträckning orolig/nedstämd, medan mätningen 1 månad efter operationen uppgav 6 informanter att de kände oro.

Nedan presenteras resultatet av EQ5D där dimensionerna rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet även delas upp efter könstillhörighet för att se om det finns skillnad i svaren.

Baseline

Tabell 2 EQ5D baseline

Dimension	Allvarlighetsgrad (män n=5, kvinnor n=10)					
	Inga problem		Måttliga problem		Svåra problem	
	%	n	%	n	%	n
Rörlighet						
Totalt	80	(12)	20	(3)	-	(-)
Män	80	(4)	20	(1)	-	(-)
Kvinnor	80	(8)	20	(2)	-	(-)
Hygien						
Totalt	100	(15)	-	(-)	-	(-)
Män	100	(5)	-	(-)	-	(-)
Kvinnor	100	(10)	-	(-)	-	(-)
Huvudsaklig aktivitet						
Totalt	100	(15)	-	(-)	-	(-)
Män	100	(5)	-	(-)	-	(-)
Kvinnor	100	(10)	-	(-)	-	(-)
Smärtor/besvär						
Totalt	40	(6)	60	(9)	-	(-)
Män	60	(3)	40	(2)	-	(-)
Kvinnor	30	(3)	70	(7)	-	(-)
Oro/nedstämdhet						
Totalt	67	(10)	27	(4)	6	(1)
Män	80	(4)	20	(1)	-	(-)
Kvinnor	60	(6)	30	(3)	10	(1)

Enligt denna tabell är oro/nedstämdhet inget större problem preoperativt, dock har 6 informanter smärta redan preoperativt.

5 dagar efter operation

Tabell 3 EQ5D 5 dagar efter operation

Dimension	Allvarlighetsgrad					
	(män n= 5, kvinnor n=10)					
	Inga problem		Måttliga problem		Svåra problem	
	%	n	%	n	%	n
Rörlighet						
Totalt	47	(7)	33	(5)	-	(-)
Män	20	(1)	40	(2)	-	(-)
Kvinnor	60	(6)	30	(3)	-	(-)
Hygien						
Totalt	40	(6)	40	(6)	-	(-)
Män	-	(-)	60	(3)	-	(-)
Kvinnor	60	(6)	30	(3)	-	(-)
Huvudsaklig aktivitet						
Totalt	33	(5)	33	(5)	13	(2)
Män	20	(1)	20	(1)	20	(1)
Kvinnor	40	(4)	40	(4)	10	(1)
Smärtor/besvär						
Totalt	6	(1)	67	(10)	6	(1)
Män	-	(-)	60	(3)	-	(-)
Kvinnor	10	(1)	70	(7)	10	(1)
Oro/nedstämdhet						
Totalt	47	(7)	33	(5)	-	(-)
Män	20	(1)	40	(2)	-	(-)
Kvinnor	50	(5)	30	(3)	-	(-)

Smärtan och oron ökar något fem dagar efter operation samt även förmågan till rörlighet minskar. Fem dagar efter operationen har samtliga dimensioner försämrats.

1 månad efter operation

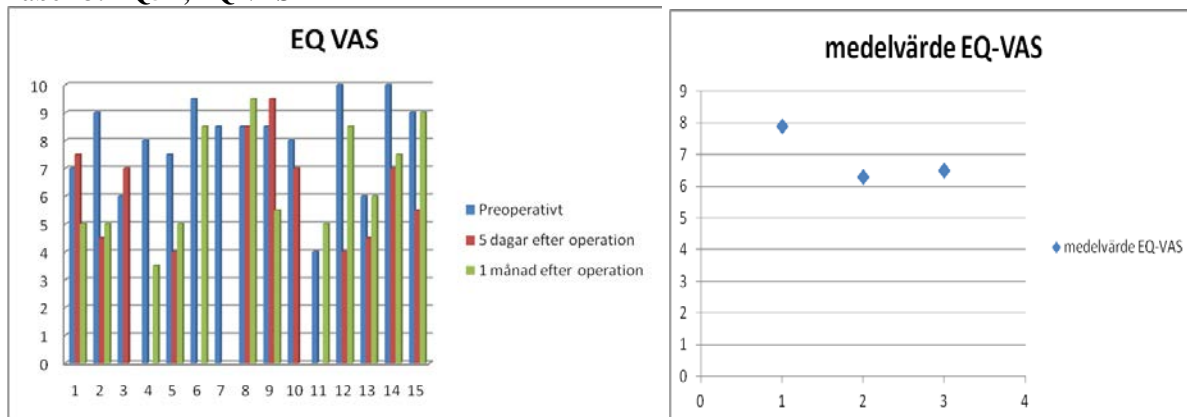
Tabell 4 EQ5D 1 månad efter operation

Dimension	Allvarlighetsgrad					
	(män n= 5, kvinnor n=10)					
	Inga problem		Måttliga problem		Svåra problem	
	%	n	%	n	%	n
Rörlighet						
Totalt	73	(11)	20	(3)	-	(-)
Män	60	(3)	20	(1)	-	(-)
Kvinnor	80	(8)	20	(2)	-	(-)
Hygien						
Totalt	93	(14)	-	(-)	-	(-)
Män	80	(4)	-	(-)	-	(-)
Kvinnor	100	(10)	-	(-)	-	(-)
Huvudsaklig aktivitet						
Totalt	53	(8)	40	(6)	-	(-)
Män	60	(3)	20	(1)	-	(-)
Kvinnor	50	(5)	50	(5)	-	(-)
Smärtor/besvär						
Totalt	13	(2)	73	(11)	6	(1)
Män	-	(-)	80	(4)	-	(-)
Kvinnor	20	(2)	70	(7)	10	(1)
Oro/nedstämdhet						
Totalt	53	(8)	40	(6)	-	(-)
Män	60	(3)	20	(1)	-	(-)
Kvinnor	50	(5)	50	(5)	-	(-)

Smärtan är likvärdig 1 månad efter operationen med fem dagar efter operationen. Det var även en liten ökning på upplevd måttlig oro och nedstämdhet 1 månad postoperativt i

jämförelse med efter 5 dagar. Även den huvudsakliga aktiviteten upplevdes av fler informanter som sämre efter 1 månad.

Tabell 3: EQ5D, EQ VAS

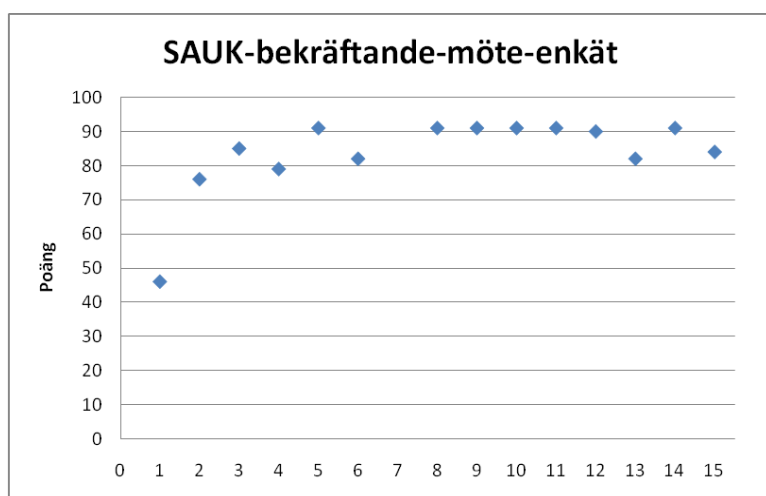


Figur 4 medelvärde EQ-VAS

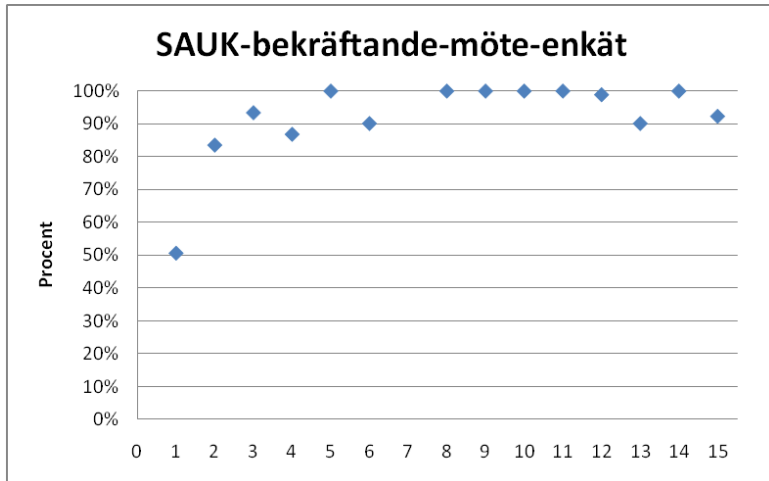
Figur 2 Y-axel : Medelvärde preoperativt, värde 1: 7,97,medelvärde 5 dagar efter operation, värde 2: 6,3, medelvärde 1 månad efter operation, värde 3: 6,5

Mätningen 1 månad efter operationen visar minskad skattning av sin livskvalitet jämfört med hur siffrorna preoperativt, det vill säga informanten uppfattade sin livskvalitet som lägre efter 1 månad än vid baseline Dock skattade man sin upplevda livskvalitet som lägst 5 dagar efter operationen. Detta medelvärde rör sig på samma sätt som medelvärdet på scorevärdet av EQ5D var god och figur 2.

Poängsammanställning enligt Model 1 i SAUK-Bekräftande-Möte-enkät



Figur 5, SAUK-bekräftande-möte-enkät: svars-poäng efter en månad (medelpoäng) Maxpoäng : 91 Medelpoäng: 83,3



Figur 6, SAUK-bekräftande-möte-enkät:procent på poäng efter en månad (medelvärde)

Medelvärde: 92 %

Här studerar vi samma enkät som i figur 1 men vi undersöker istället medelvärden i enkäten och där medelvärdet vid denna mätning innebär en bra kvalitet i mötet mellan vårdtagare och personal. Resultatet av detta visar att informanterna upplever en utmärkt kvalitet i mötet med personalen. Dock har det framkommit innan uppger en informant mer negativa omdömen angående det bekräftande mötet.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi har valt en kvantitativ ansats vilken syftar till att mäta och förklara för att möjliggöra statistiska analyser. Vi vill på så vis mäta hur patienter som opereras för lungcancer uppfattar sin livskvalitet. Genom att använda kvantitativ ansats vill vi försöka mäta patienternas upplevelser för att få information om deras verklighet. Vi eftersöker även statistiska svar, det vill säga använder oss av enkäter och redovisar i histogram och tabeller. En Power-analys är inte gjord i pilotstudien eftersom vi inte har klarlagt i vilken nivå vi vill se förändringen. Inför huvudstudien måste det bestämmas vid vilket skalsteg förändringen ska vara. Vid alla kvantitativa tester bör en Powerberäkning utföras, men för att kunna utföra dessa måste vi veta vilka statistiska test som skall beräkna data och känsla av vilken betydelse nivå vi vill använda vid statistisk analys.

Vi anser att studien är objektiv då enkäter har delats ut och forskarna har inte kunnat påverka eller styra resultatet, men det finns en risk med bias på grund av det faktum att den är utförd på en av författarens arbetsplats. Detta borde inte påverka resultatet på grund av att vården genomförs efter vårdprogram och PM vilka inte påverkas av författarna. Valet av deltagare skedde april-juni alltså inom ett tidsintervall, vilket innebar i denna studie att det var fler kvinnor än män som är med och detta stämmer inte med normalpopulationen. Det är fler män än kvinnor drabbas av lungcancer. Detta kan ha påverkat resultatet i studien och det vara svårt att med säkerhet uttala sig om upplevd livskvalitet i denna patientgrupp för det behövs en avsevärt större studie. Åldersfördelningen bland informanterna kan också ha påverkat svaren vi erhöll då medelåldern i vår studie var 66 år, men spridningen låg mellan 45 år till 79 år, och ålder är en viktig faktor för hur en person upplever sin hälsa (Burström, 2002). Vid huvudstudie finns det behov av att ha mer kontroll på hur många män och kvinnor som är med samt deras ålder för att få en rättvis bild, då upplevelsen av livskvalitet kan vara olika för olika åldersgrupper. Tidigare studier visar på skillnader mellan män och kvinnor, då kvinnor i högre utsträckning får adenocarcinom (Sarna, Padilla, Holmes, Tashkin, Brecht & Evangelista, 2002). Kvinnors sociala status skiljer sig från männens då kvinnor i högre utsträckning lever ensamma och detta skulle kunna påverka hur deras livskvalitet upplevs (Sarna et al, 2002). Detta tror vi påverkar resultatet och borde leda till att man i huvudstudie

Har detta i åtanke samt bör ha kontroll på hur många kvinnor respektive män som är med i studien. Ingen korrelationsanalys är gjord på sambandet mellan ålder och upplevd livskvalitet, eller kön och upplevd livskvalitet, i denna pilotstudie.

Det kan även ha påverkat resultatet att det krävdes goda kunskaper i svenska för att medverka i studien. Vid en storskalig studie eftersträvas en etnisk bredd hos informanterna för att efterlikna normalpopulationen. De som är icke svensktalande skall kunna medverka för att få ett korrekt resultat med tanke på den normalpopulationen som finns i Sverige.

Vi har valt att mäta hur patienter som opereras för lungcancer uppfattar sin livskvalitet med EQ5D där vi också undersöker de 5 dimensionerna rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet och EQ VAS därför att vårt grundantagande är att dessa dimensioner påverkar hur man uppfattar sin livskvalitet. Mätningarna genomfördes vid 3 tillfällen i pilotstudien. I huvudstudien kommer mätningarna även ske 3 månader efter operation, 6 månader samt en sista mätning efter 1 år. Detta för att se hur informantens uppfattning om sin situation förändras över tid. EQ5D är redovisad med scorevärde för att visa vilken hälsoprofil informanterna har. EQ5D instrumentet är omdiskuterat angående hur mycket information man egentligen får, men kan användas på både individnivå och för att mäta befolkningshälsa. EQ5D-instrumentet används ofta inom hälsoekonomin. Fördelen med instrumentet är att det är en kostnadseffektiv enkät med lätta frågor att besvara, vilket vi anser är viktigt för att få så hög svarsfrekvens som möjligt. Vid en huvudstudie kan det vara av nytta att lägga till ytterligare ett livskvalitetsinstrument, som till exempel SF-36 eller ett sjukdomsspecifikt instrument, för att på så vis kunna få bättre information om upplevd livskvalitet.

Det finns olika faktorer som skulle kunna påverka svaren i enkäterna, bland annat så är det inte känt vilket socialt status informanten har och detta skulle kunna påverka resultatet. Om informanten till exempel även har en hjärt-kärlsjukdom kan även detta påverka resultatet vid till exempel aktivitet. Ett lågt svar vid aktivitet saknar, i denna studie, ett samband med operationen eller om någon annan faktor finns som kan förklara den låga poängen. Vid mätningen 5 dagar efter operationen är det oklart, utifrån enkätsvaren, om det svar vi får beror på det allmänna obehaget efter operationen. Vid tillfället för den sista mätningen, en månad efter operationen, kompletterade vi med SAUK-bekräftande-möte-enkät för att bilda oss en

uppfattning om huruvida informanterna känner sig bekräftade av personalen som vårdar dem. Av den anledningen valde vi mätningstidpunkten en månad efter operation för att minska risken för bias. Det hade kunnat vara av intresse att även komplettera med SAUK-bekräftande – möte enkät vid dag 5 för att kunna utvärdera om det föreligger skillnad i informanternas uppfattning om bemötandet de fick vid vårdtillfället och hur man uppfattar det en månad efter att man kommit hem från sjukhuset.

Vid baseline-frågorna angående rökstopp låg variationen mellan < 1 mån till 17 år sedan rökstopp, detta skulle kunna påverka resultatet. Vid huvudstudien bör det även utredas när informanten slutade röka då detta kan påverka resultatet och känslan av livskvalitet. Det gör stor skillnad i hur man mår om man varit rökfri i 17 år eller om man nyligen slutat röka. Vår studie har i jämförelse relativt få rökare, vid huvudstudien är det viktigt med en korrelationsanalys då livskvalitet bör korreleras med rökning (Massion et al, 2008). I denna studie räknades man som ex-rökare först 2 år efter att man hade slutat röka, icke-rökarna skulle ha rökt < 100 cigaretter under sin livstid och man skilde även ut de som slutade för >23 år sedan, vilket skiljer sig mot vår studie där vi frågar informanten vad man anser sig vara. Årsförbrukningen av cigaretter räknades också ut vilket även vi hade kunnat fråga efter. Rökare som grupp har en sämre hälsa i allmänhet (Garaces, Yang, Parkinson,Zhao, Wampfler, Ebbert & Sloan, 2004).

Vidare anser vi att det var bra att börja i en liten skala med endast 15 informanter för att kunna utvärdera för och nackdelar med det upplägget vi har gjort på studien inför en större studie. I huvudstudien skulle tillägg med intervjuer vara av nytta för att utvärdera livskvaliteten men vi har valt denna kvantitativa metod för att kunna ha fler medverkande och på så vis få en större överblick. I pilotstudien valde vi att testa metoden för att se om den kan användas i en storskalig studie. I huvudstudien finns det behov av randomisering, signifikansmätning samt tillägg med djupintervjuer för att få svar på de frågor som enkäterna inte kan besvara. Vi har i pilotstudien valt att presentera resultatet i tabeller och histogram för att få en tydlig överblick av hur resultaten ser ut. Vi har även gett de olika mätningarna olika färger för att jämförelse skall kunna utföras samt en tabell över EQ5D där vi gör jämförelse mellan könen för att se om det föreligger skillnader. På grund av att studien är så pass liten har vi valt att inte göra en signifikansmätning, men i huvudstudien är detta viktigt.

Vidare studier skulle kunna jämföra dessa patienter mot andra patientgrupper för att se skillnader eller likheter i resultaten. Vi kan även se, efter att vi räknat ut medelvärde, att livskvaliteten sjunker över tid. Livskvaliteten mättes endast under 1 månad vilket är en kort tidsperiod i sammanhanget, vidare studier skulle löpa över en längre tidsperiod. Bortfallet i studien var lågt och förväntas inte påverka studien men vissa justeringar bör göras i huvudstudien för att eventuellt minska bortfallet. Enkät 2 bör delas ut dag 3, men fortfarande fyllas i på dag 5, för att minska bortfallet i en storskalig studie. I pilotstudien framkom det att 3 patienter hade hunnit bli utskrivna innan enkät 2 delats ut således var det ett bortfall vid enkät 2. Vid enkät 3 som skickades hem till alla informanterna, var det en informant som inte svarade. Vi har inte mätt upplevelser av den sexuella funktionen men då detta är en viktig del av livskvaliteten men inte finns med i de generella livskvalitetsinstrumenten bör några frågor om detta läggas till i en storskalig studie.

RESULTATDISKUSSION

Studiens syfte

Syftet med studien var att se hur patienter som opereras för lungcancer uppfattar sin livskvalitet och om detta på något sätt påverkar uppfattningen av den vård som ges. Vi anser att syftet är uppnått då informanterna har skattat hur de uppfattar sin livskvalitet. Materialet är litet varför några generella slutsatser inte kan dras. Vi har dock inte kunnat påvisa att det finns ett förhållande mellan hur patienter uppfattar sin livskvalitet och hur nöjda de är med bemötandet i vården.

Livskvalitet

Det som framkom var att patienterna upplever smärta redan preoperativt, 60 % av informanterna upplevde smärta av måttlig karaktär och siffran steg sedan efter operation, vilket även har visat sig i andra studier (Kenny et al, 2008), vilket borde bero på att det nu finns ett operationssnitt som gör ont samt att mobilisering postoperativt ger ökad smärta. Dock uppgav inte patienterna oro som ett stort problem, siffrorna var högre preoperativt än efter operationen vid de olika mätningarna. Alltså flertalet var inte oroliga, vilket skulle kunna bero på bra socialt stöd, god information från vården och en lättnadskänsla över att det är dags för operation. Faktorer som ökar på känslan av oro hos denna patientgrupp och den dimension

som nämns är fatigue och emotionell funktion. Det framkommer att en vanlig emotionell reaktion på en specifik händelse som uppfattas som stressfylld innebär för patienten ångest och depression. Om patienter drabbas av detta kan det direkt kopplas till och minska den allmänna känslan av livskvalitet (Östlund et al, 2007). Studier visar att livskvaliteten värderas lägre i denna patientgrupp jämfört med normalpopulationen (Lima, et al, 2009). I denna studie har vi inte gjort någon jämförelse med någon annan grupp. De symtom som sänker upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten är; smärta, dyspné, fatigue, illamående och kräkningar som i olika grader kvarstår efter operation, livskvaliteten hos denna patientgrupp är en stark prognostisk faktor. (Kenny et al, 2008; Montazeri et al, 1998). Patienters största rädsla är att inte återfå en acceptabel livskvalitet efter operationen (Salati, Brunelli, Xiumé, Refai & Sabbatini, 2009). Patienters livskvalitet är beroende av ett antal variabler så som fysiska faktorer, vilka kan påverkas av sjukdom eller behandling. Detta kan även påverka den emotionella faktorn då behandling kan leda till depression och ångest vilket sänker känslan av livskvalitet (Camps et al, 2009). Att förstå vad patienter som genomgår en lungcanceroperation går igenom är viktigt för att kunna bemöta dem på ett bra sätt (Kenny et al, 2008). Diagnosen lungcancer innebär en stor börda för patienten och dess familj (Pearman, 2007). Sjukdomen påverkar även den sexuella funktionen hos både män och kvinnor (Shell et al 2008). Det är bevisat att det har stor betydelse för livskvalitet och behovet av sexualitet och intimitet fortsätter även om man utsätts för en livshotande sjukdom (Tessler Lindau et al 2010). Denna fråga angående sexualitet har inte tagits upp i vår studie men är i högsta grad intressant i sammanhanget och bör studeras vidare i den stora studien.

Jämför vi våra resultat med andra studier, gjorda på andra grupper patienter så ser vi att till exempel patienter som genomgår en CABG (coronary artery by pass grafting)-operation och där man mäter och tittar på HRQoL 1 månad efter genomgången operation, så är svaren då relaterade till svårighetsgraden av symtom patienterna upplevde (Rantanen, Kauonen, Sintonen, Kouvisto, Åstedt – Kurki & Tarkka, 2007). Även denna mätning visade att patienter upplevde en lägre grad av HRQoL 1 månad efter operation vilket är jämförbart med vår pilotstudie som visade en lägre medelpoäng både vid mätningarna på dag 5 samt vid 1 månad efter operationen. Kvinnor skattar sin HRQoL lägre än män vid mätning med livskvalitetsinstrumentet SAQ (Seattle Angina Questionnaire) upp till 1 år efter intervention (Norris, Ghali, Galbraith, Graham, Jensen, Knudtson & the APPROACH Investigators,

2004), vilket skulle kunna vara förklaring till vårt resultat då 67 % är kvinnor. Dyspné har framkommit som en signifikant faktor till en upplevelse av lägre livskvalitet (Sarna, Cooley, Brown, Chernecky, Padilla, Danao, Chakravarty & Elastoff, 2010), men att det allmänna emotionella välbefinnandet ska vara samma som vid den preoperativa mätningen relativt snart efter genomgången kurativ operation oavsett om man upplever fysiska symtom eller inte (Sarna et al, 2010).

Smärta och livskvalitet

Våra resultat visar de att 70 % upplever måttliga till svåra smärtor vid mätningarna 5 dagar efter operationen och när vi jämför kvinnor och män som grupp har kvinnorna högre siffror i sin skattning av smärta än män. Resultatet står sig även vid mätningen efter 1 månad vilket skulle kunna förklara den försämrade livskvaliteten jämfört med baseline. Detta borde kunna förklaras av frånvaro av hälsa då smärta skulle kunna beskrivas som sjukdomssymtom (Eriksson, 1995) och då vi utgår från att hälsa och livskvalitet ses som starkt sammankopplade begrepp. Dock kan inget sägas säkert på grund av ett litet antal personer i studien vid en större studie finns det andra möjligheter för jämförelse men det som har framkommit är att informanternas hälsoprofils medelvärde följer samma linje som medelvärdet för upplevd livskvalitet vilket skulle kunna tolkas som ett samband mellan varandra.

SAUK-bekräftande -möte

Som det har beskrivits tidigare har SAUK-bekräftande-möte enkäten generellt sätt höga svarspoäng, vilket innebär en mycket hög kvalitet i vården eller så står det för att enkäten har otydligt formulerade frågor vilket ger högre poäng för att informanterna över lag är nöjda. Patienters känsla av hur nöjd man är med vården beror på deras förväntningar där dålig fysisk hälsa och sjukdomens svårighets grad direkt påverkar (Barlesi et al, 2005). Hade patienten drabbats av komplikationer var detta negativt i hur mötet med vården uppfattades. Patienters uppfattning om hur hälsan är nu påverkar snarare en hur hälsan kommer att vara i framtiden (Barlesi et al, 2005). I denna studie efterfrågas inte komplikationer eller annat som skulle ha kunnat förklara svaren och därför kan vi inte se om detta var orsak de lägre svaren det vill säga om det är på grund av till exempel stort luftläckage i dränen som gör att personer uppfattar sin livskvalitet som lägre, eller om något annat har drabbat informanten. I enkäten som helhet är informanterna mycket nöjda med hur de blir bemötta i vården vilket innebär

svårighet att förbättra omvårdnadsstrategierna utifrån svaren, svaren ses istället som en bekräftelse av den goda vården. Då denna modell inte är använd i många studier är det svårt att göra jämförelse mellan våra resultat mot andra studiers resultat.

Det SAUK-modellen har tillfört studien är att se på människan ur ett helhetsbegrepp där uppfattningen om livskvaliteten är personlig men påverkas av faktorer runt omkring oss. Viljan hos personal att bekräfta patienten för att få personen att känna sig trygg och delaktig är stark och enkät-resultatet visar att den viljan har resulterat i just detta. Detta skall enligt Gustafssons teori betraktas som en kvalitetssäkring och vi kan konstatera att vården har skapat förutsättningar för att stärka patienters livskompetens genom en förstärkande uppfattning om sig själv där patienten har en känsla av kontroll i omvårdnadssituationen (Gustafsson, 2007). Att resultatet i studien gav så pass höga poäng tolkar vi som att patienter i hög grad känner sig delaktiga i sin vård. De svaren vi får fram i studien talar om hur patienter med svår diagnos faktiskt mår och dessa svar borde göra det lättare för oss att bemöta dem i vården. SAUK-bekräftande- möte enkäten var generellt sett positiv vilket är ett gott betyg men vi har ändå försökt att utläsa förbättringsstrategier av svaren.

Arbetet med uppsatsen har delats lika mellan författarna och innehållet har analyserats tillsammans men studien har utförts på den ena författarens arbetsplats då patienterna som studeras endast vårdas på denna avdelning i den del av Sverige, under den period som vi valt att studera pre- och postoperativ kirurgi av lungcancerpatienter. Under genomförandet av studien erhöll vi hjälp av en person som arbetar på den aktuella avdelningen för hjälp med att dela ut och samla in enkäter då vi valde att detta skulle ske inom en bestämd tidsperiod, detta tror vi inte påverkar resultaten.

Konklusion

Studien ger inga svar som kan ses som generella, men denna studie visar att personer som upplever smärta preoperativt även har det efter operation vid de olika mätningarna. De som inte skattade någon smärta hade dock lika ont efter operationen som de som hade ont preoperativt. Det verkar också som att livskvaliteten är lägre hos dem som hade smärta preoperativt än de som inte hade smärta. Kvinnor upplevde mer smärta än män 5 dagar efter operation, ett förhållande som utjämnades vid mätningen 1 månad postoperativt.

Oro/nedstämdhet bedömdes inte som ett problem för 10 av informanterna preoperativt men

värderades som ett större problem efter 5 dagar. Vid mätningen efter 1 månad upplevde 8 av informanterna att oro inte var ett problem. Informanterna värderade generellt sin livskvalitet lägre efter operation än innan och den lägsta värderingen gjordes 5 dagar efter operation.

Att göra så att patienter känner sig delaktiga i sin vård är viktigt och, som det framkom i studien, fick vården höga siffror i denna kvalitetsmätning. Den del som möjligen inte uppfylldes vid ett tillfälle, var att få patienten att känna delaktighet, vilket innebar att informanten inte kände stöd i att nå sina mål. Denna kvalitetsmätning borde vården utföra regelbundet för att utvärdera vad patienter egentligen tycker om den vård de får, och vilka delar som, vid brister, ska förbättras.

Definitionen av hälsa utgår från vilken människosyn vi har, den hälsodefinitionen är sedan grunden i den omvårdnad som utförs (Gustafsson, 2004).

Klinisk implementering

Utifrån enkätsvaren bör vården se över hur man arbetar med patienters jagstöd vilket leder till att patientens uppfattning om sig själv och sin integritet stärks. Detta kan skapa livsstilsförändringar till gagn för patienten. Förbättringsstrategierna i Jagperspektiv stödet syftar till att leda patienterna att hitta sitt livsmål och utveckla viljan till självomsorg. Detta kan leda till att öka livskvaliteten. Patienten skall känna sig sann till sig själv för att kunna känna sig trygg i att diskutera handlingsalternativ. Detta skulle kunna uppnås genom utbildning av personal i SAUK-modellens innebörd och betydelsen för den enskilde personen. För att lyckas med implementeringen kan man använda sig av PARIHS-modellen som är konstruerad som ett försök att överbrygga gapet mellan forskning och praktik.(Kitson, Rycroft- Malone, Harvey, McCormack, Seers & Titchen, 2008).

REFERENSER

Algaranti, E., Penteadó Buschinelli, J T., De Capitini, E M. (2010). Occupational lung cancer. *J Bras Pneumol.* 36 (6):784-794.

Barlesi, F., Boyer, L., Doddoli, C., Antoiniotti, S., Thomas, P., Auquier, P. (2005). The Place of Patient Satisfaction in Quality Assessment of Lung Cancer Thoracic Surgery. *Chest.* 128 3475-3481.

Bektras, H A., Ozer, Z C. (2009). Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers. *Journal of Clinical Nursing.* 18. 3003–3012. doi: 10.1111/j.1365–2702.2009.02915.

Bello, B., Fadahun, O., Kielkowski, D., Nelson, G. (2011). Trends in lung cancer mortality in South Africa: 1995 – 2006. *BMC Public Health.* 11:209.

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/209>.

Bentling, S. (1995). Sjuksköterskeprofessionen: vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling. Stockholm: Liber utbildning.

Bergman, B., Henriksson, R. (2008) Lungcancer. IA. Ringborg, U., Henriksson, R., Dalianis, T. (Red.), Onkologi (2.uppl) (s339-353). Stockholm: Liber

Burström, K. (2002). Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D- Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholmslän. *Socialmedicin, Stockholms läns landsting.*

Camps, C., del Pozo, N., Blasco, A., Blasco, P., Sirera, R. (2009). Importance of Quality of Life in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer. *Clinical Lung Cancer.* Vol 10, No 2, 83 – 90. doi: 10.3816/CLC.2009.n.010.

www.codex.uu.se

Downe-Wamboldt, B., Butler, R., Coulter, L. (2006). The Relationship Between Meaning of illness, social support coping strategies and Quality of life for lung patients and their family members. *Cancer nursing.* 29(2) 111-119.

Eriksson, K. (1995). Vårdprocessen. Göteborg: Liber Utbildning AB.

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.

Gustafsson, B. (2007) Idwall red. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. *Stockholm: Gothia Förlag*.

Gustafsson, B. (2004). Bekräftande omvårdnad – SAUK-modellen för vård och omsorg. *Lund: Studentlitteratur*.

Gustafsson, B. (2006). The Philosophy of Science from a Nursing-Scientific Perspective. *Theoria, Journal of Nursing Theory*. 15 (4). 31 – 41.

Gustafsson, B., Willman, A M. (2003). Nurse's 'Self-Relation-Becoming Theoretically Competent: The SAUC Model for Confirming Nursing. *Nursing Science Quarterly*. 16: 265-271. doi: 10.1177/0894318403016003019.

ICN: etisk kod för sjuksköterskor <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Etik/ICNs-etiska-kod/>

Institutionen för Svenska Språket (Göteborg)Svenska akademien(Stockholm)(2009). *Svensk ordbok: utgiven av Svenska akademien/ [1] A-L*.(1.uppl.tryck) Stockholm Nordstedt

Internetmedicin: Lungcancer 2007

http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=618

Kenny, P M., King, M T., Viney, M J., Boyer, R C., Pallicino, C A., McLean, J M., Fullham, M J., Mc Coughan, B C. (2008). Quality of Life and Survival in the 2 Years after Surgery for Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol*. 26:233-241.

Kitson,A L.,Rycroft-Malone,J.,Harvey,G.,Mc Cormack,B.,Seers,K.,Titchen, A. (2008). Evaluating the succesfull implementation of evidence in to practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation science* 3:1 doi: 10.1186/1748-5908-3-1

Kirkonova, J., Davis, M P., Walsh, D., Tiernan, E., O'Leary, N., LeGrand, S B., Lagman, R L., Russell, M. (2006). Cancer Symptom Assessment Instruments: A Systematic Review. *Journal of Clinical Oncology*. 24 (9). 1459 – 1473. doi: 10.1200/JCO.2005.02.8332.

Lima, L N T., Silva, R A., Gross, J L., Deheinzelin, D., Negri, E M. (2009). Assessment of Pulmonary function and quality of life in patients submitted to pulmonary resection for cancer. *J Bras Pneumol.* 35 (6):521-528.

Mathews, W C., May, S. (2007). EuroQol (EQ-5D) measure of Quality of life predicts mortality, emergency department utilization, and hospital discharge rates in HIV-infected adults under care. *Health and Quality of Life Outcomes.* 5:5. doi: 10.1186/1477-7525-5-5.

Massion, P P., Zou; Y., Chen, H., Jiang, A., Coulson, P., Amos., Wu., Wistuba., Wei, Q., Shyr, Y., Spitz, M R. (2008). Smoking-related Genomic Signatures in Non-Small Cell Lung Cancer. *Am J Respir Crit Care Med.* 178:1164-1172. doi: 10.1164/rccm.200801-1402C.

Montazeri, A., Gillis, R C., McEwen, J. (1998). Quality of Life in Patients with Lung Cancer: A Review of Literature From 1970 to 1995. *Chest.* 113, 467 – 481. doi: 10.1378/chest.113.2.467.

Norris, C M., Ghali, W A., Galbraith, P D., Grahams, M M., Jensen, L A., Knudtson, M L., the APPROACH Investigators. (2004). Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compare to men. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2(21).

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

Onkologiskt centrum Stockholm- Gotland 2010

<http://www.karolinska.se/upload/Onkologiskt%20centrum/RegionalVardprogram/Lungcancer/>

Pearman, T. (2007). Psychosocial Factors in Lung Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology.* 26:1, 69-80. doi: 10.1300/J077v26n01_05.

Pettersson, M. (2010). *Livskvalitet och hälsa [Elektronisk resurs]: patienters upplevelser i samband med abdominellt aorta aneurysm. Diss. (sammanfattning)* Göteborg: Göteborgs universitet, 2010. Göteborg

Polit, D F., Beck, C T. (2004). Study Guide to Accompany Nursing Research Principles and Methods (7: e uppl). *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.*

Rabin, R., de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQoL Group. *Ann Med.* 33: 337-343.

Rantanen, A., Kaunonen, M., Sintonen, H., Koivisto, A-M., Åstedt-Kurki, P., Tarkka, A-T. (2008). Factors associated with health-related quality of life in patients and significant others one month after coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing*. 1742-1753. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02195.x

Regionalt vårdprogram 2004

http://www.vinkancer.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/lungcancer/vardprogram_lungcancer_2004.pdf

Rueth, N., Parsons, H., Haberman, E., Groth, S., Virnig, B., Tuttle, T., Andrade, R., Maddaus, M., Cunha, J. (2011). The long-term impact of Surgical Complications after resections of stage I nonsmall cell lung cancer A population-based Survival analysis. *Annals of surgery*, 254 (2), 368-374.

Saad, M., Botega, N J., Toro, I F C. (2007). Predictors of quality-of-life improvement following pulmonary resection due to lung cancer. *Sao Paulo Med J*. 1215 (1). 46 – 9.

Salati, M., Brunelli, A., Xiumé, F., Refai, M., Sabbatini, A. (2009). Quality of life in elderly after major resection for lung cancer. *Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery*. 8: 79 – 83. Doi: 10.1510/icvts.2008.184986.

Sarna, L., Cooley, M E., Brown, J K., Chernecky, C., Padilla, G., Danao, L., Chakravarty, D., Elashoff. (2010). Women With Lung Cancer: Quality of Life After Thoracotomy A 6-Month Prspective Study. *Cancer Nursing*. 33 (2). 85-92.

Sarna, L., Padilla, G., Holmes, C., Tashkin, D., Brecht, M L., Evangelista, L. (2002). Quality of Life of Long-Term Survivors of Non-Small-Cell Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 13 (1). 2920-2929. doi: 10.1200/JCO.2002.09.45.

SBU ordlista 2004. <http://www.sbu.se/sv/Direktlankar-topp/Ordlista/>

SBU publikationer. Osteoporos - prevention, diagnostik och behandling.

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/osteoporos_oktober/fulltext/vol1.pdf

Shell, J., Carolan, M., Zhang, Y., Dow Menses, K. (2008). The longitudinal effects of cancer treatment on sexuality in individuals with lung cancer. *Oncology nursing forum*. Vol 35, No 1, 73-79.

Soares Pires, F., Texeira, N., Cohelo, F., Damas, C. (2011). Hemoptysis – etiology, avaluation and treatment in university hospital. *Rev Port Pnemol.* 17 (1): 7 – 14.

Sola´, I., Thompson, E M., Subriana Casacuberta, M., Lopez, C., Pascual, A. (2009). Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Review 2004.* Issue 4. Art. No.: CD 004282. doi: 10.1002/14651858.CD004282.pub2.

Svobodnik,A.,Yang,P.,Novotny,P.,Bass,E.,Garces,Y.,Jett, J.,Bonner,J ., Sloan J(2004).Quality of life in 650 lungcancer survivors 6 months to 4 years after Diagnosis. *Mayo clinic proc.* Vol 79 no 8. 1024-1030.

Populärvetenskapliga fakta om cancer. Cancer I siffror 2009.
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-126-127_2009126127.pdf

Tessler Lindau,S.,Surawska, H.,Paice, J.,Baron, S. (2010) Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho onkology* . 20, 179-185.

UCLA (2011). http://www.ats.ucla.edu/stat/seminars/intro_power/default.htm.

Watson, J. (1985). Nursing: the philosophy and science of caring. ([New ed.]). Boulder: Colorado univ pr.

WHO. (2004) Gender in lung cancer and smoking research.
www.who.int/genderdocuments/tobacco/924592524/en/

Östlund, U., Wennerman-Larsen,A.;Gustavsson,P., Wengström,Y(2007). What symptom and functional dimensions can be predictors for global ratings of overall quality of life?. *Support care cancer.* 15, 1199-1205



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersoninformation

Bakgrund

Varje år genomförs lungoperationer på thoraxkliniken i Göteborg. Tekniker kring operationen har utvecklats mycket de senaste åren och vi vill nu undersöka om omvårdnaden har följt med. Denna studie kommer att handla om patienters livskvalitet i samband med den här typen av kirurgi. Det är viktigt för oss att få reda på hur patienter upplever sin livskvalitet i denna situation och hur vi som personal i framtiden kan förbättra vårt omhändertagande av patienter som skall genomgå en lungoperation.

Hur går studien till.

Du tillfrågas om att medverka i denna studie eftersom du skall genomgå lungkirurgi på thoraxkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Du tillfrågas om att delta vid inskrivningen på avdelningen. Om du väljer att medverka i studien kommer du att få svara på två enkäter. Detta kommer att ske i tre omgångar, innan din operation, några dagar efter att du opererats, samt en månad efter din operation. Vid de två första tillfällena besvarar du en enkät och vid sista tillfället är det två enkäter som skall besvaras. De två första enkäterna kommer att tilldelas dig på avdelningen och besvaras på avdelningen. Enkäterna är korta och enkla att besvara, det tar ca 10 minuter. De två enkäterna som skall besvaras en månad efter din operation kommer att skickas hem till dig även dessa är korta och kommer att ta ca 20 minuter att besvara. Enkäterna skickas sedan tillbaka i frankerat kuvert. Behöver du hjälp att fylla i enkäterna hjälper vi dig gärna med det. Enkätfrågorna i den första enkäten kommer att handla om din hälsa, rörlighet, smärta och hygien. Den andra enkäten som skickas hem till dig kommer att handla om

bemötande och hur du upplevde personalens bemötande. Det är vår förhoppning att inget obehag skall upplevas av studien. Ingen ersättning kommer att utgå för deltagande i studien

Frivillighet

Din medverkan i studien är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan särskilda skäl. Vid beslut om att avbryta deltagandet påverkas inte din vård eller fortsatta behandling.

Sekretess

Vi kommer att behandla dina personuppgifter enligt personuppgiftslagen. (SFS 1998:204). Dina svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Enkäterna märks med en kod och en lista som kopplar kod med person förvaras inlåst. Data kommer att analyseras kodat, dvs. inga uppgifter finns då med om vilken person som svarat. Studiens resultat presenteras endast på gruppnivå och enskilda personer kommer ej att kunna identifieras. Enkäterna förvaras i ett låst skåp skilt från kodlistan. När resultatet är publicerat kommer kodlistan att förstöras.

Information om studiens resultat

Studiens resultat kommer att finnas på Göteborgs universitet vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa Vill du ta del av studiens resultat är du välkommen att ta kontakt med angivna personer.

Ansvariga för studien:

Leg Sjuksköterska Therese Disefalk

therese.disefalk@vgregion.se

Leg Sjuksköterska Susanne Karlsson

susanne.ca.karlsson@vgregion.se telefonnummer 031-342 75 32 (telefonkontakt via Inger

Bladin, instruktör på thoraxkirurgiska vårdavdelningen 12/25, Sahlgrenska universitetssjukhuset)

Handledare Monika Pettersson monica.e.pettersson@vgregion.se

Bilaga 2

Bakgrundsinformation

För att vi ska kunna få veta lite mer om dig ber vi dig svara på följande frågor genom att markera med ett kryss på det alternativet som stämmer för dig:

1. Har du diabetes? Ja nej

2. Medicinerar du för högt blodtryck Ja nej

3. Har du någon annan hjärtsjukdom som du tar mediciner för? Ja Nej

4 a. Är du rökare? Ja Nej

4 b. Om du svarat nej på fråga 4a,
har du rökt tidigare? Ja Nej

4c. Om du svarat ja på fråga 4b,
Hur länge sedan är det sedan du slutade

< 1 månad sedan

1-6 månader sedan

6-12 månader sedan

> 1 år(skriv antal år här)

Bilaga 3

Sätt en cirkel kring det svar som Du anser bäst motsvarar Din egen bedömning. Syftet med frågorna är att ta reda på Din personliga upplevelse av mötet med personal i samband med vårdkontakt.

Anser Du att mötet med personalen är betydelsefullt för Dig?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0 Inte alls

Visar personalen omsorg och intresse för Dig och Din situation?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0 Inte alls

Beskriv:.....

Blir Du tagen på allvar och vågar Du berätta om det Du önskar?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0 Inte alls

Beskriv:.....

Blir Du förstådd då Du berättar hur Du har det?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0 Inte alls

Beskriv:.....

Får Du stöd att klara av Din situation?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0 Inte alls

Beskriv:.....

Är Du informerad och får svar på Dina frågor?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Blir Dina synpunkter beaktade så att Du kan påverka situationen?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Tar personalen hänsyn till den individ Du är?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Uppmärksammas Dina egna förmågor och kapacitet?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Får Du stöd att uppmärksamma Dina egna mål och det Du önskar?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Får Du stöd att bestämma Dina egna mål och det Du vill?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Får Du stöd att förstå Dig själv och Ditt eget handlande?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Får Du stöd av personalen att förverkliga Dina egna mål och önskemål?

I hög grad 7 6 5 4 3 2 1 I låg grad 0Inte alls

Beskriv:.....

Är det något Du själv skulle vilja berätta om mötet som är viktigt för Dig?

.....
.....
.....

Dina övriga synpunkter på mötet:

.....

Formulär EQ5D

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

Rörlighet

1. Jag går utan svårigheter
2. Jag kan gå men med viss svårighet
3. Jag är sängliggande

Hygien

1. Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
2. Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
3. Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter *(t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)*

1. Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
2. Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
3. Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

1. Jag har varken smärtor eller besvär
2. Jag har måttliga smärtor eller besvär
3. Jag har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

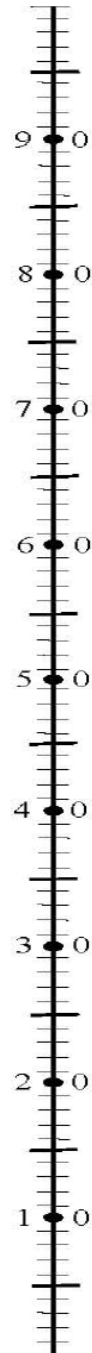
1. Jag är inte orolig eller nedstämd
2. Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
3. Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt
nuvarande
hälsotillstånd**

Bästa
tänkbara
tillstånd



Sämsta
tänkbara
tillstånd

