



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTERS ERFARENHETER AV INFORMATION OM LEVNADSVANOR VID HEMATOLOGISK CANCER

- En kvalitativ intervjustudie

Filippa Dise & Lina Eriksson Lund

Examensarbete:	15 hp Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Petra Brembeck
Examinator:	Helene Berglund

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill först och främst tacka vår handledare Petra Brembeck för ett oerhört betydelsefullt stöd under vårt uppsatsskrivande. Vi vill också bringa ett stort tack till de deltagare som valde att ställa upp och besvara de frågor som ligger till grund för vårt examensarbete samt till personal på avdelning 141 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Slutligen vill vi tacka oss själva för att vi gjort detta arbete, som vi kan vara stolta över, där vi tillsammans har varit ett bra team från början till slut.

Titel (svensk)	Patienters erfarenheter av information om levnadsvanor vid hematologisk cancer
Titel (engelsk)	Patients' experiences of information about lifestyle habits in hematologic cancer
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Författare	Filippa Dise & Lina Eriksson Lund
Handledare:	Petra Brembeck
Examinator:	Helene Berglund

Sammanfattning:

Bakgrund: Sjuksköterskans ansvarsområden innebär bland annat att främja hälsa, förebygga sjukdom och arbeta evidensbaserat. Vidare har levnadsvanor visat sig vara en betydande faktor till uppkomst av olika cancersjukdomar. **Syfte:** Att undersöka vilka erfarenheter och åsikter patienter, med hematologisk cancersjukdom, har gällande när och hur sjuksköterskan bör diskutera levnadsvanor med patienter. **Metod:** Metoden som användes var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats, innehållande semistrukturerade intervjufrågor där resultatet analyserades med en innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet visade att ingen av deltagarna hade fått information om levnadsvanor av en sjuksköterska, dock hade alla deltagare önskat att detta hade tagits upp. Det fanns delade meningar gällande vilket sätt som är bäst att ta upp informationen på, dock uppgav flera patienter att en kombination av muntlig och skriftlig information hade varit bäst. Det fanns även olika åsikter kring när informationen om levnadsvanor bör tas upp. Flera patienter ansåg att informationen bör tas upp innan behandlingen, en patient önskade att informationen skulle tas upp under behandlingen och en deltagare önskade att informationen skulle ges efter behandlingen. **Slutsatser:** Det bör finnas tydliga rutiner kring information om levnadsvanor samt gällande hur, när och av vem informationen ska ges. Detta då tidigare studier, och även denna studie, belyser vikten av att diskutera levnadsvanor med patienter. Då studiens resultat visar att samtliga deltagare önskade få information om levnadsvanor anses det vara av stor vikt att detta införs.

Nyckelord: Hematologisk cancer, levnadsvanor, sjuksköterska, information, patienter

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Evidensbaserad omvårdnad	1
2.2 Hälsöfrämjande vård	1
2.3 Kommunikation	2
2.3.1 Hälsosamtal	2
2.4 Personcentrerad vård	2
2.5 Hematologisk cancer	3
2.5.1 Leukemi	3
2.5.2 Lymfom	3
2.5.3 Myelodysplastiska syndrom (MDS)	4
2.6 Riskfaktorer och levnadsvanor	4
2.6.1 Rökning	4
2.6.2 Alkohol	5
2.6.3 Fysisk aktivitet	5
2.6.4 Matvanor	6
3. Problemformulering	6
4. Syfte	6
5. Metod	6
5.1 Tillvägagångssätt	6
5.1.1 Hospitering	7
5.1.2 Verksamhetsbeskrivning	7
5.2 Design	7
5.3 Deltagare	7
5.4 Urval	8
5.4.1 Inklusionskriterier	8
5.4.2 Exklusionskriterier	8
5.5 Datainsamling	8
5.5.1 Intervjuerna	8
5.6 Dataanalys	9
5.7 Förförståelse	9
5.8 Etiska överväganden	9
6. Resultat	10

6.1 Kategorier	10
6.1.1 Patienters erfarenheter gällande information om levnadsvanor	11
6.1.1.1 Ingen information av sjuksköterska	11
6.1.1.2 Av läkare	11
6.1.1.3 Av dietist	11
6.1.1.4 Informationsblad	11
6.1.2 Patienters önskan gällande om samt när information om levnadsvanor bör tas upp	11
6.1.2.1 Innan behandling	11
6.1.2.2 Under behandling	12
6.1.2.3 Efter behandling	12
6.1.3 Patienternas önskan gällande hur information om levnadsvanor bör tas upp	12
6.1.3.1 Muntligt eller skriftligt	12
6.1.3.2 Muntligt och skriftligt	12
6.1.3.3 Behov av personcentrerad vård	13
7. Diskussion	13
7.1 Metoddiskussion	13
7.1.1 Design	13
7.1.2 Urval	14
7.1.3 Datainsamling	15
7.1.3.1 Intervjuernas plats	15
7.1.4 Dataanalys	16
7.2 Resultatdiskussion	17
7.2.1 Patienters önskan om information gällande levnadsvanor	17
7.2.2 Patienters önskan om när information om levnadsvanor bör ges	18
7.2.3 Patienters önskan om hur information om levnadsvanor bör tas upp samt behov av personcentrerad vård	18
7.2.4 Vikten av levnadsvanor	19
7.3 Fortsatt forskning	19
7.4 Implikationer för omvårdnad	20
7.5 Slutsats	20
8. Referenslista	22
9. Bilagor	26
9.1 Bilaga 1 – Information till deltagare	26
9.2 Bilaga 2 – Intervjuguide	27

1. Inledning

Som sjuksköterska ska man arbeta evidensbaserat, vilket bland annat innebär att i sin yrkesroll arbeta hälsofrämjande enligt den senaste forskningen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Idag finns det forskning som visar att levnadsvanor har betydelse för uppkomst av cancersjukdom, men även att levnadsvanor påverkar behandlingseffekt samt rehabiliteringen efter avslutad behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Dock visar en studie på att det i många fall kan upplevas svårt att diskutera levnadsvanor med cancerpatienter, då det finns en upplevelse av att man som vårdpersonal skuldbelägger patienten (Pugh, Hough, Gravestock, Williams & Fisher, 2017). Svårigheter att ge information om levnadsvanor till patienter leder ofta till att informationen uteblir, vilket i sin tur kan leda till negativa konsekvenser för patientens hälsa.

2. Bakgrund

2.1 Evidensbaserad omvårdnad

Evidensbaserad omvårdnad är både en process och ett förhållningssätt. I processen används forskning och vetenskapliga resultat som ytterligare stöd till sjuksköterskans arbetsroll. Detta innebär bland annat att sjuksköterskan arbetar enligt den senaste forskningen samt att sjuksköterskan har den kunskap som krävs för att ha möjlighet att tillgodose denna kunskap (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Det har framkommit att den senaste forskningen sällan utförs av sjukvårdspersonal, däribland av sjuksköterskor, i klinisk praxis. Detta innebär ökade risker för patienter, såsom att biverkningar och riskfaktorer kan påverka patientens hälsa och livskvalité (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Därav är det av vikt att som sjuksköterska hela tiden arbeta evidensbaserat och vara uppdaterad inom den senaste forskningen. Dock bör denna kliniska applicering av evidensbaserad vård alltid ske i samråd med patienten, därmed krävs det också som sjuksköterska att ha förmåga att arbeta personcentrerat. Alltså att den information och kunskap som ges till patienter bör vara noggrant utformad på ett sätt som tillgodoser patientens förutsättningar och förmågor. Vidare har chefen en aktiv roll i att se till att personal på avdelningen har de möjligheter och förutsättningar som krävs för att som sjuksköterska ha möjlighet att hela tiden lära, införskaffa och applicera den senaste forskningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

2.2 Hälsofrämjande vård

De ansvarsområden som ligger till grund för sjuksköterskans yrkesutövning är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Detta innebär exempelvis att sjuksköterskan i sin yrkesroll ansvarar för att patienter får tillräcklig och korrekt information, visar på lyhördhet och medkänsla samt tillämpar evidensbaserad kunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Hälsa är ett begrepp som har olika innebörder och definitioner beroende på filosofisk och teoretisk bakgrund. Ofta beskrivs hälsofrämjande insatser med fokus på den fysiska dimensionen, där den psykiska dimensionen faller bort. Dock innebär hälsa för människan också många gånger psykiska aspekter såsom känsla av sammanhang och välbefinnande. Således innefattar begreppet hälsa inte enbart frånvaro av sjukdom utan även faktorer som livskvalité och välbefinnande hos individen. Sjuksköterskans syn på begreppet hälsa kan även påverka den omvårdnad som ges. Som sjuksköterska bör man därför analysera och ifrågasätta sitt eget sätt att se på begreppet hälsa och även vara lyhörd samt öppen inför patientens tankar, önskemål och perspektiv (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014).

Dagens hälso- och sjukvård kräver alltmer hälsofrämjande insatser och därmed inte enbart fokus på att lindra eller bota sjukdom. Den hälsofrämjande omvårdnaden fokuserar på det salutogena, alltså oberoende av sjukdom. Det innebär att stärka patientens möjligheter till hälsa genom att möjliggöra och förbättra de resurser som finns hos patienten för att bidra till denna hälsa (Hedelin m.fl., 2014).

2.3 Kommunikation

Kommunikation är en stor del i sjuksköterskans yrkesroll och kan ges på flera olika sätt, exempelvis genom kroppsspråk eller via talspråk. Kommunikation är en process som eftersträvar att bilda förståelse. Den talspråkliga kommunikationen är en stor del i omvårdnaden som både kan stärka och försvaga kontakten mellan patient och vårdpersonal. Därav bör man som sjuksköterska besitta god kunskap om kommunikation samt ha förmåga att utöva denna bra. Sjuksköterskan bör använda kommunikation som sitt redskap för att skapa förtroende till patienten. Även kroppsspråk är ett sätt att kommunicera och har en stor betydelse för omvårdnaden. Kommunikationen sker alltid som ett utbyte mellan människor vilket även kan tolkas olika utifrån individens egna förutsättningar, förmågor och kunskaper (Baggens & Sandén, 2014).

2.3.1 Hälsosamtal

Ett hälsosamtal är till för att förebygga ohälsa och främja hälsa, där patienten bör vara i fokus. Detta till skillnad från många andra typer av sjukvård där exempelvis mediciner är det mest väsentliga i vårdandet. Den viktigaste funktionen i ett hälsosamtal är att få patienten uppmärksam och medveten om de risker som finns med att leva ett liv som är förenat med ohälsosamma beteenden och vanor (Baggens & Sandén, 2014). Vidare är samtalen till för att ge rekommendationer och riktlinjer för vad som är hälsosamt och att föredra inom en god livsstil. Ur sjuksköterskans perspektiv kan det upplevas problematiskt att hålla samtal som dessa, då det kan vara svårt att hålla ett hälsosamtal utan att skuldbelägga eller få patienten att känna sig misslyckad. Det är därmed av stor vikt att vara lyhörd inför patienten och ha förmågan att kunna leva sig in i patientens perspektiv. Som patient gäller det att ha insikt och förmåga att kunna delge samt ta till sig den informationen som tilldelas, för att vidare kunna göra förändring som slutligen har möjlighet att förändra livsstilen till det bättre (Baggens & Sandén, 2014).

2.4 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Personcentrerad vård innebär att man som vårdpersonal exempelvis ska respektera patientens värderingar, önskemål och olikheter. Det innebär även att undervisa och informera patienter inom olika områden. Den personcentrerade vården innebär alltså att vårdandet utgår från den enskilda individens behov (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2014). Inom den personcentrerade vården är det dessutom av stor vikt att vårdpersonalen som vårdar patienten samarbetar för att kommunikationen till patienten skall vara begriplig och adekvat. Patientdelaktighet är ett väsentligt begrepp inom den personcentrerade vården, där patienten ses som en autonom person. För att en patient skall kunna vara delaktig i vården är det av stor vikt att personalen ger information till patienten, som kan vara både skriftlig och muntlig. Denna information bör anpassas beroende på vilken situationen patienten befinner sig i, patientens behov av information samt ta hänsyn till vad patienten redan har kunskap om. Det är av stor vikt att sjuksköterskan utgår från patienten och dess situation snarare än vad sjuksköterskan själv vill

förmedla. I de fall där både patienten och sjuksköterskan finner respekt för varandra leder det till att förutsättningar för aktivt lyssnande och kunskap skapas (Eldh, 2014).

2.5 Hematologisk cancer

Hematologiska sjukdomar är de sjukdomar som finns i blodet, lymfsystemet samt i benmärgen. Till de maligna blodsjukdomarna räknas leukemier, myelom, lymfom, myelodysplastiskt syndrom (MDS) och myeloproliferativa neoplasier (MPN). Hematologisk cancer är den tredje vanligaste cancerdödsorsaken efter prostata- och lungcancer och utgör cirka sju procent av alla cancersorter. Behandling och prognos varierar mellan de olika maligna blodsjukdomarna där exempelvis prognosen är god för de akuta leukemierna och lymfomerna, där det dock krävs intensiv behandling av cytostatika. En del tillstånd kan vara symtomfria och en del tillstånd kan vara präglade av symtom såsom smärtor och stor infektionsbenägenhet (Läkemedelsboken, 2015).

2.5.1 Leukemi

Leukemi engagerar benmärgen, där blodet bildas, och kan delas in i akut och kronisk leukemi. Den delas även in i lymfatisk leukemi och myeloisk leukemi, beroende på vilka stamceller canceren attackerar. Behandling vid leukemi varierar beroende på typ av leukemi och beroende på individen. Cytostatika är den främsta behandlingen vid leukemi, där målet är att skada cancercellerna och samtidigt ge så lite skada som möjligt på de friska cellerna. Cytostatika ger ofta svåra biverkningar då balansen mellan den effekt som önskas på cancercellerna och hur mycket läkemedlet förstör kroppens vävnader och organ är svår. Exempel på vanliga biverkningar är illamående, håravfall, mukositet (inflammation i slemhinnor), anemi och trötthet. En annan behandling som i en del fall används efter cytostatikabehandling är stamcellstransplantation. Stamcellstransplantation kan delas in i allogen- och autolog stamcellstransplantation. Vid en allogen stamcellstransplantation tas friska stamceller från en donator ut och förs in i den sjuka patientens blod som sedan ska producera nya celler i benmärgen. Vid en autolog stamcellstransplantation skördas patientens egna stamceller och ges sedan tillbaka till patienten när hen har behandlats med cytostatika. Efter en stamcellstransplantation finns en ökad infektionsrisk under minst 12 månader vilket leder till att patienten rekommenderas att undvika platser där stora folksamlingar förekommer, där infektionsrisken är stor (Ericson & Ericson, 2012). Under de första två till tre veckorna efter transplantationen är det vanligt att patienten är isolerad i ett rum på sjukhuset för att minska infektionsrisken (1177 Vårdguiden, 2018).

2.5.2 Lymfom

Lymfom engagerar kroppens lymfkörtlar och delas in i Hodgkins lymfom och non-Hodgkin-lymfom. Non-Hodgkin-lymfom delas sedan in i T-cells- och B-cellslymfom. Behandling vid lymfom är individuellt med en kombination av, eller enskilt, strålbehandling, cytostatika, operation och ibland stamcellstransplantation. Biverkningar vid strålbehandling är till exempel att huden vid strålområdet blir skör, röd och tunn vilket kan leda till smärta. Sjuksköterskan har ett ansvar att ge information till patienter om biverkningar vid behandling samt att ge förslag på omvårdnadsåtgärder innan behandling startas (Ericson & Ericson, 2012).

2.5.3 Myelodysplastiska syndrom (MDS)

MDS är en grupp kroniska sjukdomar som innebär att blodbildningen i benmärgen inte fungerar normalt. Detta på grund av att de blodbildande stamcellerna som finns i benmärgen inte producerar mogna röda och vita blodkroppar samt blodplättar, vilket i sin tur ofta leder

till blodbrist, lågt antal vita blodkroppar samt minskat antal blodplättar. Behandlingen som ges vid MDS är individuell där blodtransfusioner vanligt. Även erythropoetinjektioner (EPO) används för att stimulera bildningen av röda blodkroppar samt cytostatika. Dock är en stamcellstransplantation är det enda sättet att bota en patient med MDS (Ericson & Ericson, 2012).

2.6 Riskfaktorer och levnadsvanor

Minst 30 procent av all cancer hos vuxna anses ha kunnat förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor där rökning är den största riskfaktorn (Cancerfonden, u.å.). Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2011) innehåller rekommendationer för att minska ohälsosamma levnadsvanor och därmed främja hälsa och förebygga sjukdom, exempelvis cancer. Riskbruk av alkohol, tobaksbruk, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet är levnadsvanor som socialstyrelsen tar upp.

Allt fler nya fall av cancer ökar i Sverige, det beräknas att ungefär 60 000 nya fall av cancer kommer att ske inom ett år. Vidare kan 30 procent av dessa fall förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Det som anses vara en kunskapslucka och vad som behöver förbättras är vilket stöd som kan ges från hälso- och sjukvården och på vilket sätt detta kan ges till befolkningen för att förändra dessa levnadsvanor (Svensk sjuksköterskeförening, 2018).

Cancerpatienters hälsotillstånd har en stor risk att försämrans vid ohälsosamma levnadsvanor och därför menar Socialstyrelsen (2018) att sjukvårdspersonal bör lägga stor vikt vid att ge information gällande levnadsvanor inom denna riskgrupp. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska sjukvårdspersonal arbeta förebyggande vad gäller ohälsa. Vidare bör målet med hälso- och sjukvård vara att ge god vård på lika villkor (SFS 2017:30). Levnadsvanor är något som har stor påverkan på uppkomst av cancersjukdom, likväl som sämre levnadsvanor vid diagnostiserad cancersjukdom ökar risken för biverkningar under behandlingen och även under rehabiliteringen (Svensk sjuksköterskeförening, 2018).

En tidigare studie har undersökt sjukvårdspersonals upplevelse av att ge information gällande levnadsvanor till unga cancerpatienter. Studien visar att knappt en tredjedel av sjukvårdspersonalen uppger att de diskuterar levnadsvanor med sina patienter. Detta uppger 38 procent av sjukvårdspersonalen bero på att de själva inte anser sig vara rätt person att utge sådan information på grund av bristfällig kunskap dels vad gäller ämnet, dels vad gäller sättet att ge information på. Dessutom visar studien att 95 procent av de som ingick i studien önskade större kunskap inom ämnet att ge relevant information om levnadsvanor till cancerpatienter (Pugh m.fl., 2017).

2.6.1 Rökning

Rökning har visat sig vara en bidragande faktor för uppkomst av cirka 15 olika cancerformer, samt ha negativ påverkan på immunförsvaret. Rökning påverkar cellernas syresättning, vilket spelar roll vid exempelvis sårhelingsprocessen. En försämrad sårhelingsprocess i samband med operation kan resultera i proppbildning och infektion (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). I samband med strålbehandling kan det resultera i minskad mottaglighet för strålbehandling. Vidare finns även indikationer på att nikotin kan minska effekten av cytostatikabehandling (Li, Chan & Lam, 2014).

De råd som hälso- och sjukvårdspersonal bör ge till patienter vad gäller rökning är rökupphåll fyra till åtta veckor före kirurgiska ingrepp. Vidare bör det vara rökupphåll

under strål- samt cytostatikabehandling och därefter rökstopp efter avslutad behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

2.6.2 Alkohol

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2019) har cirka 20 procent av den svenska befolkningen riskfyllda alkoholvanor. Enligt World Health Organization (2018) bör alkoholintaget vara högst 10 gram per dag för kvinnor och högst 20 gram per dag för män. Detta kan ställas i relation till att en flaska starköl (33 centiliter) innehåller 15 gram alkohol.

Alkoholkonsumtion och cancerbehandling är två faktorer som påverkar människans immunförsvar och därmed ger ökad risk för infektioner. Hematologiska cancersjukdomar leder ofta till ökad blödningsrisk och försämrat immunförsvar, där alkoholkonsumtion ytterligare kan påverka dessa faktorer till det sämre (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Alkoholmissbruk komplicerar cancerbehandlingens effekt genom längre sjukhusinläggningar, längre tid för återhämtning, högre sjukvårdskostnader samt ökat lidande. Alkoholmissbruk ökar även risken för näringsbrist samt ger ökade risker för kardiovaskulära påfrestningar under behandlingens gång (LoConte, Brewster, Kaur, Merrill & Alberg, 2017). LoConte m.fl. (2017) menar därför att det är av stor vikt att som sjuksköterska aktivt arbeta med de patienter som lider av alkoholproblem, där ett första steg blir att identifiera dessa patienter.

Råden som bör ges från hälso- och sjukvårdspersonalen är alkoholuppehåll fyra till åtta veckor före och efter kirurgi samt alkoholuppehåll under cancerbehandling. Vidare bör intaget av alkohol efter avslutad behandling vara liten alternativt ingen för att minska risken för återfall (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

2.6.3 Fysisk aktivitet

Forskning visar på många positiva effekter av att utöva fysisk aktivitet vid cancerbehandling, både på kort och lång sikt. Exempelvis innebär fysisk aktivitet inför operation minskad risk för exempelvis proppbildning efter operation (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). En tidigare studie visar att patienter som genomgår cytostatikabehandling med samtidig daglig fysisk aktivitet upplever mer positiva effekter än de patienter som inte utför daglig fysisk aktivitet. Dessa positiva effekter är exempelvis minskad ångest, smärta och trötthet. Studien hävdar att sjuksköterskor bör uppmuntra till fysisk aktivitet under behandlingens gång då detta även har visat sig bidra till minskad dödlighet och ökad livskvalité (Leak Bryant m.fl., 2017).

De råd som bör ges vad gäller fysisk aktivitet från hälso- och sjukvården är antingen 150 minuter måttlig intensitet per vecka, vilket innebär lätt andfåddhet eller svettning. Alternativet är 75 minuter högintensiv träning per vecka. Vidare bör råden för den fysiska aktiviteten anpassas efter individens personliga förutsättningar med hänsyn till den enskilda individens hälsotillstånd. Detta innebär en förklaring att all fysisk aktivitet är bättre än total fysisk inaktivitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2018). Exempelvis kan personliga förutsättningar vara att patienten genomgår stamcellstransplantation och därmed inte får röra sig utanför rummet, vilket därmed kan påverka förutsättningarna att vara fysisk aktiv. Personliga förutsättningar kan även vara att patienten genomgår cytostatikabehandling och får biverkningar såsom illamående och yrsel vilket kan påverka möjligheten att vara fysisk aktiv (Cancerfonden, 2019).

2.6.4 Matvanor

Hälsosamma matvanor ökar förmågan att klara av de biverkningar som följer av cancerbehandling samtidigt som det förebygger återfall. Matvanor innebär många olika faktorer såsom energi- och näringsintag, livsmedelsval, hur maten tillagas och antalet måltider per dag (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Arends m.fl. (2017) menar att malnutrition vid cancerbehandling är vanligt förekommande och att undernäring kan leda till att patienten inte klarar av att genomgå cancerbehandling som ytterligare är en påfrestning för kroppen. Vidare hävdar Arends m.fl. (2017) att det är av stor vikt att sätta in screening för undernäring samt att införa åtgärder för detta.

Råd att ge som hälso- och sjukvårdspersonal vad gäller matvanor är äta rikligt med grönsaker, frukt, baljväxter och fullkorn och begränsa intag av rött kött, salt, spannmål och livsmedel med högt energiinnehåll utan mycket näring (Svensk sjuksköterskeförening, 2018).

3. Problemformulering

Ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för cancer och kan påverka behandlingen och rehabiliteringen vid cancer negativt. Sjuksköterskan bör, enligt nationella riktlinjer, informera patienter om levnadsvanor för att främja hälsa och förebygga sjukdom (Socialstyrelsen, 2018). Det finns sedan tidigare riktlinjer, informationsblad samt flera källor att tillgå vad gäller information angående levnadsvanor vid cancerbehandling. Det som dock är en kunskapslucka, utifrån sjuksköterskors perspektiv, är när och hur sjuksköterskan bör diskutera levnadsvanor med patienter som lider av någon form av hematologisk cancer (Pugh m.fl., 2017).

Denna studie riktar sig till att studera patienter, som har någon form av hematologisk cancersjukdom, och deras erfarenheter kring sjuksköterskans information om levnadsvanor. Detta för att ge sjuksköterskor underlag för hur och när hen bör diskutera detta med patienter som genomgår någon form av behandling för sin cancer, och därmed bidra till att allt fler sjuksköterskor ska ge denna information. Förhoppningen är att dessa samtal ska leda till förbättrad livskvalité för patienter med hematologisk cancer.

4. Syfte

Syftet är att undersöka vilka erfarenheter och åsikter patienter med hematologisk cancersjukdom har, gällande när och hur sjuksköterskan bör diskutera levnadsvanor med patienter.

5. Metod

5.1 Tillvägagångssätt

Denna C-uppsats skrevs i samarbete mellan Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Olika avdelningar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset skickade till Göteborgs Universitet förslag på ämnen och syften de önskade att studenter inom sitt examensarbete på sjuksköterskeprogrammet skulle undersöka. Detta med förhoppning om att kunna förbättra sin verksamhet och vården för patienten. Efter att sjuksköterskestudenterna till studien läst olika verksamheters ämnen och syften, lät syftet som denna studien kommer att undersöka intressant. Motiveringen till syftet var enligt verksamheten att det många gånger kan upplevas svårt att som sjuksköterska diskutera just levnadsvanor med cancerpatienter,

detta då man inte vill uppfattas som skuldbeläggande eller få patienten att må sämre (Personlig kommunikation, 2 september, 2019).

Vidare skickades ansökan in om att studera detta ämne, vilket slutligen ledde till att sjuksköterskestudenterna antogs till att göra detta examensarbete. Ett möte hölls med sjuksköterskestudenterna, handledare för examensarbetet samt huvudhandledare, för att mer specifikt höra efter hur studiens tillvägagångssätt skulle gå till där även information om verksamheten och patientgruppen gavs.

5.1.1 Hospitering

Enligt önskemål från sjuksköterskestudenterna och på initiativ från huvudhandledare lades en eftermiddag på avdelningen för att sjuksköterskestudenterna skulle få en närmre inblick i verksamheten och mer kunskap om patientgruppen. Personal från avdelningen, både undersköterska och sjuksköterska, gav information om hur dagarna ser ut för patienter och personal, samtidigt som rundvisning på avdelningen skedde. Detta gav sjuksköterskestudenterna en större förståelse för patientgruppen samt vad deras vård innebar.

5.1.2 Verksamhetsbeskrivning

Avdelningen var en slutenvårdsavdelning och riktade sig till patienter som var 18 år eller äldre och som led av någon form av blodsjukdom. På avdelningen fanns det 22 vårdplatser med både enkelrum och flerbäddssalar. I enkelrummen fanns det möjlighet för isolering som är till för patienter som exempelvis är extra infektionskänsliga. Inläggningen på avdelningen skedde antingen via planerade behandlingar, akut via Sahlgrenska eller akut via hematologimottagningen (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019). Behandlingar som gjordes på avdelningen var exempelvis cellgiftsbehandling, stamcellstransplantation och antibiotikabehandling. Vårdtiden på avdelningen varierade mellan tre dagar till flera månader (Personlig kommunikation, 4 november, 2019).

5.2 Design

Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter och åsikter patienter, med hematologisk cancersjukdom, har gällande när och hur sjuksköterskan bör diskutera levnadsvanor med patienter. För att kunna besvara detta syfte intervjuades sex patienter individuellt under ett tillfälle, gällande deras erfarenheter av information från sjuksköterskor om levnadsvanor. Designen som användes för denna studie var därför en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. En kvalitativ metod används för att studera individers erfarenheter kring ett ämne och den induktiva ansatsen innebar att slutsatser drogs förutsättningslöst utifrån innehållet som deltagarna gav (Henricson & Billhult, 2017).

5.3 Deltagare

Åldern på patienterna var mellan 50–79 år, varav två var kvinnor och fyra var män. De patienter som deltog i studien hade någon form av leukemi, lymfom eller MDS. Deltagarna insjuknade i sin nuvarande cancersjukdom mellan alltifrån två veckor sedan upp till tio år sedan. Fem stycken av patienterna hade en pågående cellgiftsbehandling och en av patienterna var isolerad efter en stamcellstransplantation.

5.4 Urval

Tio patienter tillfrågades av en personal, på vårdavdelningen, att delta i studien samtidigt som de fick skriftlig information gällande studien. Den skriftliga informationen skrevs av sjuksköterskestudenterna innehållande information om studiens syfte, tillvägagångssätt samt vad deras medverkan innebar. Informationen innehöll även förklaring gällande hantering av sekretess och användning av personuppgifter (bilaga 1). Urvalet av de tio patienterna gjordes utifrån att personalen ansåg att dessa patienter var lämpliga, utifrån psykisk och fysisk status. Av dessa patienter tackade sju stycken ja att delta i studien. När sjuksköterskestudenterna återigen frågade dessa sju patienter om godkännande i att delta i studien tackade en patient nej, således var det sex patienter som tillslut deltog i studien. Sjuksköterskestudenterna frågade även i början av intervjutillfället vad patienterna mindes från den muntliga och skriftliga informationen de redan fått gällande studien. Vid behov tillades ytterligare information. Dessutom hade deltagarna möjlighet att ställa ytterligare frågor om det var något som de undrade innan intervjun startade.

5.4.1 Inklusionskriterier

Personer som deltog i studien skulle vara 18 år eller äldre, behandlas för någon typ av hematologisk cancer samt vårdas på den aktuella hematologiska avdelningen.

5.4.2 Exklusionskriterier

Patienter som nyligen hade fått sin diagnos och ansågs, av personal, vara i ett chocktillstånd tillfrågades inte att delta i studien. Dessutom valdes inte patienter som ansågs vara så pass påverkade att de inte skulle orka besvara frågor, såsom exempelvis patienter med hög feber eller andra påverkbara symtom.

5.5 Datainsamling

5.5.1 Intervjuerna

Intervjuerna som hölls varade mellan 15 minuter till två timmar, mediantiden på samtalen var 30 minuter. Det breda tidsspannet blev till följd av att inga restriktioner fanns gällande intervjuernas samtalslängd. Fyra intervjuer hölls inne i ett bokat samtalsrum som fanns inne på avdelningen, en intervju hölls inne på ett isolerat rum, där patienten nyligen genomgått en stamcellstransplantation och därmed hölls isolerad. Den sjätte intervjun hölls inne på ett dubbelrum, på initiativ av deltagaren, då deltagaren uppgav att det inte var några problem att rumskamraten, vårdpersonal eller anhöriga kunde höra samtalet.

Denna form av datainsamling satte krav på att vara öppen och lyhörd mot deltagarna i den miljö som intervjun befann sig i, samt de oförutsedda förändringar som kunde ske. Detta beskrivs även av Henricson och Billhult (2017) vara en viktig del i datainsamlingen, då resultatet inte kan ses som oberoende av den som intervjuar och därmed av vikt att lägga fokus på aspekter som lyhörd och öppenhet.

Intervjuerna utgick från ett frågeformulär, där ena sjuksköterskestudenten ställde frågorna och andra sjuksköterskestudenten skrev ner de svar som kom från deltagarna. Det var samma person som ställde frågorna till alla deltagare och samma person som skrev ner svaren från deltagarna. Detta för att ge ett mer tillförlitligt resultat. Frågorna som ställdes utformades för att kunna svara på syftet (Bilaga 2). Frågorna var mestadels öppna frågor där deltagarna själva kunde bestämma hur långt och nyanserat svaret blev. Ordningen på de öppna frågorna var lika för alla deltagare. Följdfrågor ställdes individuellt utifrån patientens svar och förmåga att ge

en nyanserad bild av sina åsikter och erfarenheter. Vissa patienter var mer utförliga i sina svar, vilket ledde till att exempelvis följdfrågor inte behövdes medan andra patienter var mer sparsamma i sina svar där följdfrågor behövdes för att få tillräckligt med information till studien. Denna metod av datainsamling beskrivs av Danielson (2017) som en semistrukturerad intervju. Vidare fanns det ingen tidsgräns för intervjuerna, då utrymme till att svara ordentligt och personligt på frågorna ville ges.

5.6 Dataanalys

Analysen gjordes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Danielson (2017) menar att en innehållsanalys innehåller flera delar, för att kunna tolka datainsamlingen överskådligt. Analysen gjordes genom att svaren från intervjuerna lästes. Båda sjuksköterskestudenterna läste enskilt igenom allt intervjumaterial, som var nedskrivet, för att sedan diskutera svaren från deltagarna gemensamt. Detta gjorde att vi sjuksköterskestudenter kunde dela våra tankar och diskutera om liknande uppfattningar hade bildats av deltagarnas svar. Genom att diskutera svaren skapades meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter innehåller meningar eller ord som patienter har sagt som svarar på syftet (Danielson, 2017). Därefter skapades kategorier och subkategorier som skrevs ner i tabeller, för att tydlig förståelse skulle bildas. Kategorier ger svar på vad texten innehåller och två olika kategorier får inte innehålla samma text. Subkategorier består av ett antal koder, där en kod är ett ord eller en mening, som kommer ifrån de meningsbärande enheterna (Graneheim & Lundman, 2004). Svaren från intervjuerna lästes sedan gemensamt upp högt, vilket bidrog till att material inte exkluderades och att all information kom till användning, vilket är en del av en kvalitativ innehållsanalys enligt SBU (2014).

5.7 Förförståelse

Priebe och Landström (2017) menar att författarna till ett examensarbete alltid har med sig förförståelse som innebär kunskap utifrån tidigare erfarenheter, vilket kan påverka arbetet om reflexivitet över den egna förförståelsen inte finns. Författarna till arbetet var vid utformandet av frågorna till intervjuerna därmed noga med att dessa skulle vara neutralt ställda och inte utformade på ett sätt som var vinklade för att få fram ett resultat som skulle underlätta analysen. Vidare valde författarna att vid intervjutillfället låta deltagarna styra samtalet i hög grad i form av att de fick prata relativt fritt. Detta kunde dock ibland leda till att intervjun svävade utanför ramarna gällande vad intervjun faktiskt hamnade om, vilket dock, på grund av att formen för intervjun var semistrukturerad, lätt kunde styras om genom att lägga till följdfrågor för att vidare kunna besvara de huvudfrågor som fanns.

5.8 Etiska överväganden

Enligt Kjellström (2017) är forskningsetiken till för att bland annat skydda de personer som väljer att ställa upp och delta i studier. Däribland respektera de personer som väljer att inte delta i studien, där det delvis handlar om att dessa personer ska få samma typ av vård och inte behandlas annorlunda på grund av deras beslut. Detta var därmed något som tydliggjordes gentemot patienterna. De hade dels fått muntlig och skriftlig information gällande studiens syfte och tillvägagångssätt från personal på avdelningen. Detta var även något som gav patienterna betänketid och därmed möjlighet att noga kunna vara säkra på att de ville ställa upp, alternativt inte ställa upp i studien, vilket är en viktig del i den etiska forskningen (Kjellström, 2017). Dessutom valde sjuksköterskestudenterna att återigen vid möte med patienterna efterhöra vad de kom ihåg från den skriftliga och muntliga informationen, och vid

behov tillägga information om något saknades från patientens svar. Dessutom ställdes frågan återigen om patienten var villig att delta, med betoning på att studien var frivillig utan påverkan på deras behandling.

Med stöd av Kjellström (2017) är ett informerat samtycke, som det exempelvis var i denna studie, till för att värna om personen i frågan gällande dess självbestämmande och frihet. Studien var således även i enlighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), som påpekar att den person som väljer att delta i en studie ska beaktas med respekt och värdighet.

En annan aspekt i frågan gällande etiska överväganden är om studien hade ett väsentligt värde. Detta kan besvaras med hjälp av exempelvis på vilket sätt och hur studien kom att vara värdefull (Kjellström, 2017). I detta fall ansågs studien leda till kunskap som vidare kunde bidra med nytta för både patienter och sjuksköterskor. Detta är enligt Kjellström (2017) nödvändigt för en studie ur en etisk aspekt, att studien dras till nytta för antingen individen, samhället eller professionen.

Vidare behövdes det inget etiskt godkännande för studien då Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Göteborgs universitet har ett samarbete, där det är bestämt att det under C-uppsatsen i sjuksköterskeprogrammet inte behövs något etiskt godkännande (SFS 2003:460).

6. Resultat

6.1 Kategorier

Utifrån resultatet skapades tre olika kategorier “Patienters erfarenheter gällande information om levnadsvanor”, “Patienters önskan gällande om samt när information om levnadsvanor bör tas upp” samt “Patienters önskan gällande hur information om levnadsvanor bör tas upp”. Dessa kategorier valdes för att kunna besvara det syfte som var studiens allra mest essentiella huvudfokus.

Tabell 1. – Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Patienters erfarenheter gällande information om levnadsvanor	Ingen information av sjuksköterska Av läkare Av dietist Informationsblad
Patienters önskan gällande om samt när information om levnadsvanor bör tas upp	Innan behandling Under behandling Efter behandling

Patienters önskan gällande hur information om levnadsvanor bör tas upp	Skriftligt eller muntligt Muntligt och skriftligt Behov av delaktighet
--	--

6.1.1 Patienters erfarenheter gällande information om levnadsvanor

6.1.1.1 Ingen information av sjuksköterska

Samtliga deltagare uppgav att de inte hade fått någon information om levnadsvanor av en sjuksköterska. Detta vad gäller både muntlig och skriftlig information. Samtliga deltagare menade att detta var en stor brist och minskade tilliten till vården. Deltagarna hade således önskat att information om levnadsvanor skulle tas upp. Detta för att exempelvis få kunskap om betydelsen av att ha goda levnadsvanor vid cancersjukdom samt cancerbehandling.

“Ingen har frågat mig om levnadsvanor. Alla har rätt till samma information. Det är jätteviktigt! Förstår att det är känsligt, men tycker ändå det bör tas upp.”

6.1.1.2 Av läkare

En deltagare uppgav att en läkare på vårdcentralen hade frågat om patientens alkohol- samt rökvanor vid diagnossamtalet, däremot hade inte faktorerna kost och fysiska aktivitet tagits upp. Dessutom var detta det enda tillfället där någon i vårdkedjan hade ställt frågor eller gett information gällande levnadsvanor till patienten. Patienten misstänkte att läkaren antog att hen hade goda vanor gällande kost och fysisk aktivitet, då hens dåvarande yrke innebar mycket fysisk aktivitet samt krävde hälsosamma kostvanor. Patienten menade att detta kunde vara en möjlig förklaring till varför faktorerna kost och fysisk aktivitet inte diskuterats vid samtalet.

6.1.1.3 Av dietist

En annan deltagare uppgav att en dietist på avdelningen gett information kring kost och att alternativa näringstillskott fanns att tillgå när exempelvis illamående påverkar aptiten. Deltagaren menade att detta gav både tillit till personalen och även en god effekt då deltagaren inte hade kunskap om detta innan. Informationen gav deltagaren ett lugn då en känsla av förståelse gällande att näringsintaget kunde tillgodoses trots hinder i form av exempelvis illamående.

6.1.1.4 Informationsblad

En deltagare mindes att en läkare hade gett en broschyr vid diagnossamtalet, gällande levnadsvanor, dock hade deltagaren inte läst denna information. Detta eftersom deltagaren menade att muntlig information hade krävts för att ge motivation till att läsa och ta till sig innehållet.

6.1.2 Patienters önskan gällande om samt när information om levnadsvanor bör tas upp

6.1.2.1 Innan behandling

Majoriteten av deltagarna ansåg att information om levnadsvanor bör tas upp innan behandlingen startar, samtidigt som annan information ges. En deltagare uppgav att en av anledningarna var möjlighet till tidig förändring med förhoppning om att kunna må bättre

under behandlingen. En annan deltagare uttryckte att aptiten i samband med sjukdomen hade försämrats. Vidare ansåg deltagaren att information och kunskap om exempelvis alternativ kost hade kunnat bidra till ökad aptit och därmed även förbättrad livskvalité.

“All info innan! Men det behövs självklart individanpassad information. I den akuta fasen kanske man har mycket andra tankar men så tidigt som möjligt ger ju möjlighet till förändring.”

6.1.2.2 Under behandling

En deltagare ansåg att sjuksköterskan bör ge information om levnadsvanor till patienter under behandling på sjukhuset då annan information ges samtidigt. Deltagaren menade att det då finns möjlighet att som patient ställa frågor och snabbt kunna få dessa besvarade i och med att vårdpersonal finns tillgänglig hela dygnet.

6.1.2.3 Efter behandling

En deltagare menade att information gällande levnadsvanor bör tas upp efter behandlingen, då det redan finns mycket annat som tar energi under behandlingen. Såsom exempelvis illamående, kräkning, ångest och andra biverkningar som kommer till följd av behandlingen. Dessutom hävdade deltagaren att man troligen tar till sig informationen bättre efteråt då andra känslor, tankar och frågor troligen besvarats och bearbetats.

Alla patienter svarade “Ja” på frågan om de hade önskat att information om levnadsvanor skulle tagits upp av en sjuksköterska.

6.1.3 Patienternas önskan gällande hur information om levnadsvanor bör tas upp

6.1.3.1 Muntligt eller skriftligt

Ingen av deltagarna ansåg att information om levnadsvanor endast bör tas upp skriftligt, eftersom det ofta finns behov av att ställa följdfrågor och få mer individanpassad information.

En deltagare ansåg att information om levnadsvanor bör tas upp enbart muntligen. Deltagaren menade att lappar och broschyrer, som exempelvis tar upp levnadsvanor, endast slängs då detta upplevs som mindre viktig information i relation till andra papper som ges. Dessutom ansåg deltagaren att det är lätt att ljuga via formulär som man fyller i själv. Deltagaren menade att sjuksköterskan bör ha en öppen dialog som är personligt anpassad till patienten.

“Tycker enbart samtal för att vissa frågor kan ju poppa upp och då kan man ställa dem under samtalet med sjuksköterskan.”

6.1.3.2 Muntligt och skriftligt

Majoriteten av deltagarna ville ha en kombination av både muntlig och skriftlig information. Många ansåg att detta troligen gör det lättare för patienter att ta till sig och även att komma ihåg informationen. Detta på grund av att samtal kan bidra till att informationen individanpassas, där sedan den skriftliga informationen kan ge återupprepning och påminnelse om vad som sades under samtalet.

6.1.3.3 Behov av personcentrerad vård

Det som framkom av alla intervjuer var att deltagarna hade önskat att samtalsämnet levnadsvanor hade diskuterats inför, under eller efter behandling. Detta för att kunna få

information, tips och betydande fakta till varför goda levnadsvanor är att förespråka vid cancerbehandling och rehabilitering av denna. Det som framkom från majoriteten av deltagarna var att de levnadsvanor som förespråkades inte skulle ha fokus på förebyggande faktorer till sjukdom, utan snarare faktorer som kunde underlätta och förbättra läkning vid redan diagnostiserad sjukdom.

Samtliga deltagare ansåg att information och kunskap om goda respektive mindre goda levnadsvanor inte nödvändigtvis behövde ses som något skuldbeläggande. Deltagarna menade att så länge som en öppen dialog, personlig anpassning, relevant information och en god attityd finns är det inte risk för skuldbeläggning. Deltagarna menade att beprövad vetenskaplig fakta kring exempelvis matvanor skulle underlätta för att veta vad som gynnar hälsan under cancerbehandlingen och även efter avslutad behandling. Exempelvis menade de att det annars är lätt att dra felaktiga antaganden gällande vad som är hälsosamt eller ohälsosamt att äta, eller vad som det faktiskt innebär att träna hälsosamt utan att det varken är för mycket eller för lite. Detta då många rön säger olika och att det därmed, kan resultera i att beslut tas som istället för intention att vara hälsosamt blir ohälsosamt.

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

7.1.1 Design

Studien syftade till att undersöka patienters, med någon form av hematologisk cancer, erfarenheter och åsikter kring hur och när sjuksköterskan bör ta upp levnadsvanor med patienter. Därför valdes en induktiv ansats som design då denna ansats innebär att slutsatser dras förutsättningslöst utifrån innehållet som deltagarna gav (Henricson & Billhult, 2017). En deduktiv ansats hade inneburit en utgångspunkt från teoretiska modeller och resonemang och en hypotes hade då ställts från början. Hypotesen hade inneburit att ett påstående hade ställts om exempelvis patientens tankar kring hur sjuksköterskan bör ta upp levnadsvanor. Studien hade då varit att undersöka om denna hypotes stämmer (Priebe & Landström, 2017). En induktiv ansats anses vara att föredra då syftet med studien var att undersöka just patienters erfarenheter kring ämnet. Det fanns heller ingen specifik teori kring vad patienter har för erfarenheter kring ämnet som då därefter skulle testas. Pålitligheten hade därmed minskat om en deduktiv ansats hade valts.

En empirisk studie valdes istället för en litteraturoversikt dels då studien var ett samarbete med en avdelning som ville undersöka patienters åsikter och erfarenheter kring ämnet. Dels då det inte fanns tillräckligt med vetenskapliga artiklar kring ämnet. En litteraturoversikt hade därför inte besvarat studiens syfte. En kvantitativ metod hade inneburit att strukturerade mätningar eller observationer hade gjorts och därmed resulterat i olika siffror och tabeller (Billhult, 2017). Detta tycktes därför inte vara en genomförbar metod för denna studie med tanke på syftet. Istället användes en kvalitativ metod där data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer där deltagarnas erfarenheter och åsikter kring ämnet undersöktes för att svara på studiens syfte (Henricson & Billhult, 2017).

7.1.2 Urval

Resultatet av antalet studiedeltagare blev sex stycken. Kvalitativa studier, som denna är ett exempel på, innebär oftast ett mindre antal deltagare som kan ge rik information och bidra till en kvalitativ studie. Detta då ett ökat antal studiedeltagare kan försvåra analysen av

datainsamlingen (Henricson & Billhult, 2017). Därmed var det av vikt att de deltagare som ställde upp i studien hade den fysiska och psykiska förmågan som det innebar att delge rik information till studiens datainsamling.

Deltagarna till studien valdes av vårdpersonal på avdelningen, med motivering att de hade kunskap och vetskap gällande patienternas fysiska och psykiska förmåga. Därav valdes inte deltagarna ut slumpmässigt. Ett strategiskt urval å andra sidan innebär att man tar hänsyn till studiens syfte och väljer ut deltagare med hänsyn till att exempelvis urvalet ska vara variationsrikt (Henricson & Billhult, 2017). Denna studien tog inte hänsyn till faktorer som kunde bidra till att ge variationsrika berättelser, därför anses denna studie inte heller vara strategisk.

Åldersspannet hos deltagarna var 50–79 år, vilket ansågs vara ett relativt snävt spann, som dessutom var i övre medelåldern. Däremot ökar risken för insjuknande i cancer med åldern och de flesta insjuknar runt 70 år, således kan det övre åldersspannet anses som representativt. Dock är det flest barn som insjuknar i Akut Lymfatisk Leukemi, vilket denna studien inte skulle inkludera. Hodgkins lymfom samt T-lymfoblastiskt lymfom har en medianålder under 50 år (Läkemedelsboken, 2015). Därmed fanns önskemål gällande att yngre patienter skulle få frågan om att delta i studien. Detta var dock inte möjligt, då de patienter som var yngre antingen hade en pågående infektion eller befann sig i en så kallad chockfas, enligt vårdpersonalen. Det anses vara en brist att åldersspannet inte var bredare då resultatet hade kunnat bli mer tillförlitlig och därmed inte enbart appliceras hos den övre medelåldern. Därav blev inklusionskriterier relativt få, att deltagarna skulle ha en hematologisk cancersjukdom samt vara inlagda på den valda hematologiska avdelningen. Dock anses det även vara en styrka då resultatet är trovärdigt för just detta åldersspann.

Vidare blev även exklusionskriterierna relativt få då dessa enbart var om patienten inte var i tillräckligt gott skick med hänsyn till den fysiska och psykiska statusen. Det är dock en styrka att personalen valde patienterna, då de hade vetskap gällande patienternas status, förutsättningar samt begränsningar. Det är dock en brist att sjuksköterskestudenterna inte själva frågade patienter på avdelningen om de ville delta i studien, då det kan ha funnits patienter som personal ansåg inte vara i tillräckligt fysiskt och psykiskt tillstånd att delta, men som vid förfrågan kunde ha tackat ja till att delta.

Ett bredare åldersspann hade gett ett resultat som blivit i högre grad överförbart till just studiens syfte som undersökte "*Patienters erfarenheter*". Om urvalet är varierat ökar även trovärdigheten samt överförbarheten för studien (Henricson, 2017). Studiens urval kan därmed ses som bristfällig ur validitetssynpunkt, detta då exempelvis antalet intervjudeltagare var få samt liten variation av deltagare. Dock gav intervjuerna kvalitativ och innehållsrik information till studien, vilket påverkar överförbarhet, pålitlighet och giltighet för en studie (Henricson, 2017). Detta anses därmed vara en styrka i urvalet. Dessutom representerade deltagarna de flesta olika hematologiska maligniteterna, exklusive myelom och MPN, vilket ledde till att det fanns en variation av diagnoser hos deltagarna.

7.1.3 Datainsamling

Danielson (2017) menar att valet av intervjumetod är av stor vikt för att kunna besvara syftet. Vidare hävdar Danielson (2017) att om valet av analysmetod har gjorts redan från början bör intervjumetoden väljas med hänsyn till analysmetoden. En semistrukturerad intervju valdes som metod där huvudfrågor bestämdes i förväg och ställdes till alla deltagare. Därefter

anpassades frågor till deltagare beroende på hur djupgående deltagaren svarade på frågan. Detta ledde till att de deltagare som svarade kort på frågorna fick följdfrågor för att kunna besvara de huvudfrågor som fanns. I och med att intervjun inleddes med öppna frågor ledde det till att alla deltagare fick chans att svara utifrån egen tolkning. Detta kan även ses som en nackdel då de olika deltagarna kan ha tolkat frågorna olika, vilket då kan anses ge resultat som är mer osäkert. Dock anses resultatet i denna uppsats vara säkert, för den grupp som deltog, då svaren var tydliga och gjorde att ett resultat kunde sammanställas. Vidare hade resultatet kunnat vara annorlunda om andra gruppdeltagare med hematologisk cancer hade deltagit. Hade istället en strukturerad intervju används som metod för datainsamlingen hade förutbestämda svarsalternativ varit alternativet vid bevarandet av frågor, vilket snarare hade lett till ett kvantitativt resultat, där man inte helt utgår från deltagarnas egna upplevelser och tankar kring ämnet (Danielson, 2017). Således ses valet av intervjumetod i denna studie som en styrka då den ledde till att syftet för studien kunde besvaras.

En svaghet som kan ses i datainsamlingen var att intervjuerna inte spelades in, vilket är en vanlig metod vid kvalitativ metod (Henricson & Billhult, 2019). Material kan därför ha exkluderats exempelvis på grund av tidsbrist att skriva eller i form av informationen som delgavs i stunden inte ansågs relevant för studien. Denna information och kunskap hade kunnat komma till användning för studien. Dessutom hade en inspelad intervju gett möjlighet till återupprepning av intervjutillfället där deltagarens ton, ordval och pauser i talet hade kunnat leda till större förståelse och ge en djupare mening för det resultat som vidare lade grunden för studien (Danielson, 2017). Dock anses majoriteten av informationen fåtts med då en av sjuksköterskestudenterna intervjuade och en sjuksköterskestudent skrev ner allt som sades. En annan tanke är att en inspelning hade kunnat göra deltagarna nervösa och därmed lett till mindre nyanserade svar.

Danielson (2017) menar att en provintervju bör göras dels för att bli bekväm som intervjuare, dels för att kontrollera att frågorna är adekvata. I denna studie gjordes ingen provintervju, vilket kan ses som en brist. Detta gjordes inte då sjuksköterskestudenterna inte ansåg att det behövdes eftersom de noga hade valt ut frågor och enligt tidigare erfarenheter känner sig bekväma vid kommunikation med patienter. Hade mer tid funnits hade dock en provintervju varit att föredra då en sådan hade kunnat påverka intervjutekniken positivt. Danielson (2017) hävdar att en provintervju även är bra för att testa ljudinspelningen, vilket inte denna studie använde sig av.

7.1.3.1 Intervjuernas plats

Intervjuerna hölls inne på avdelningen, där majoriteten av dessa var inne i ett samtalsrum som var bokad för hela dagen, vilket då inte gav någon tidspress. Dessutom var rummet relativt anonymt, utan planscher, broschyrer eller andra dylika föremål gällande sjukhus eller sjukdom. Detta skapade en stämning som upplevdes harmonisk, utan aktiv påtryckning av sjukhusmiljö. En atmosfär som inte är störd utav exempelvis andra människor, ljud eller rörelser, som det kan vara på en vårdavdelning. Dessa förutsättningar hoppades därmed skapa en känsla av trygghet vilket vidare, med förhoppning, gav svar som var utförliga och tillförlitliga (Danielson, 2017).

En av intervjuerna hölls däremot inne på ett dubbelrum, detta då deltagaren var förlamad från höften och nedåt och låg för stunden i sängen. Deltagaren tillfrågades dock om detta kändes obekvämt men uppgav att detta inte spelade någon roll. Det kan däremot ses som en brist att intervjun hölls i ett dubbelrum då atmosfären inte innehöll samma lugn och harmoni som det

enskilda samtalsrummet innehöll. Intervjun ansågs ändå ha god kvalitet då deltagaren upplevdes vara harmonisk, följsam i svar och uppgav sig vara nöjd med att hålla intervjun inne på rummet. En brist är dock att deltagaren kan ha upplevt att sekretessen inte var skyddad, då andra patienter och vårdpersonal kan ha överhört samtalet vilket vidare kan ha påverkat de svar patienten gav. Dock var deltagaren medveten om detta, då det godkändes att hålla intervjun på rummet. Därmed kunde inte situationen ha gjorts annorlunda, dock är det av vikt att ha med denna kritiska bild och de eventuella nackdelarna i åtanke.

En tidigare studie som gjordes i Nederländerna, undersökte huruvida kommunikationen mellan läkare och patienter skiljer sig i ett enkelrum och i ett flerbäddsrum. Resultatet visade att patienter ställde mer frågor och gav längre svar i ett enkelrum än i ett flerbäddsrum (Van de Glind, Van Dulmen & Goossensen, 2008). Denna information blir relevant för denna studie då detta skulle kunna appliceras i detta fall. Visserligen var det i denna studien sjuksköterskestudenter som kommunicerade med deltagaren, men detta anses inte spela en väsentlig roll i det hela. Därmed skulle det kunna vara en nackdel för intervjumaterialet, då det kan innebära att innehållet i deltagarens svar blev kortare. Det märktes dock ingen uppenbar skillnad att svaren blev kortare från deltagaren på dubbelrummet, jämfört med längden på de svar som de andra deltagarna gav.

Efter granskning av metod och resultat ses nu i efterhand en brist i att studien inte undersökte dels i vilken miljö som deltagarna föredrog att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor med patienter. Dels vilken profession deltagarna skulle föredra att diskutera levnadsvanor med. Syftet med studien var dock att undersöka just patienters erfarenheter och åsikter kring när och hur sjuksköterskan bör diskutera levnadsvanor med patienter. Vidare var det övergripande målet med studien att denna skulle bidra till att levnadsvanor tas upp med patienter på ett sådant sätt och vid ett sådant tillfälle som patienten önskar för att detta sedan ska gynna patientens hälsa. Således hade det varit en viktig information ifall deltagarna exempelvis hade föredragit att en läkare tog upp informationen om levnadsvanor.

7.1.4 Dataanalys

Dataanalysen utgick från en kvalitativ innehållsanalys som enligt Danielson (2017) är en metod som innebär att materialet läses igenom noggrant för att sedan kunna dela upp resultatet i flera delar. Det anses vara en styrka att resultatet delats upp i olika kategorier och subkategorier, då detta på ett överskådligt sätt visar på likheter samt skillnader i de svar som framkom från deltagarna. Kategorierna underlättade även att besvara syftet, samt anses underlätta för läsaren att förstå resultatet. Då studien hade till syfte att undersöka patienters erfarenheter och åsikter kring när och hur sjuksköterskor bör ta upp information om levnadsvanor med patienter med någon form av hematologisk cancer, var förhoppningen att kunna få ett resultat som vidare bidrog till kunskap och nya insikter. Dessa två faktorer, att bidra till kunskap och ge nya insikter, är motiverat att skapas vid kvalitativ innehållsanalys, därmed ansågs vald metod vara relevant (SBU, 2014).

Enligt Henricson (2017) är det viktigt att författarna är medvetna om sina förkunskaper, då dessa kan spela roll i insamling av material och även analysen av resultatet. Det är av betydelse att författarna kritiskt granskar sina förkunskaper under arbetes gång, för att kunna stärka pålitligheten och trovärdigheten för studien. Vidare menar Mårtensson och Fridlund (2017) att vid kvalitativa intervjustudier, är författarna ofta en del av datainsamlingen vilket kan vara en risk ur kvalitetssynpunkt, framförallt när författarna inte medvetandegör och minskar de risker som finns för detta vid datainsamlingen. Författarna till denna studien lade

därför vikt i att kritiskt granska frågorna som var ställda till intervjuerna, så att dessa inte var vinklade eller ställda på ett sätt som innebar att deltagarna kände sig pressade på något sätt. Priebe och Landström (2017) menar dock att förförståelse är mer än enbart sådant man lärt sig under studierna som student eller under examensarbetet, utan handlar om sådant som man lärt sig under livet och hela uppväxten. Därmed valde författarna att kritiskt granska resultaten från intervjuerna flera gånger och ifrågasätta valet av kategorier och subkategorier så att dessa överensstämde med vad deltagarna faktiskt uttryckte. Sjuksköterskestudenterna jämförde sina egna tankar med varandras, så att dessa överensstämde och vara lika utifrån tolkning av deltagarnas svar.

7.2 Resultatdiskussion

7.2.1 Patienters önskan om information gällande levnadsvanor

De huvudresultat som framkom visade på enstämmighet från majoriteten av deltagarna. Ingen av deltagarna hade fått information gällande levnadsvanor av professionen sjuksköterska, dessutom ansåg alla deltagare att detta hade varit önskvärt att få som patient. Detta anses vara ett viktigt resultat, då personal på avdelningen uttryckt önskemål om en studie gällande just dessa frågeställningar. Resultatet som visade att ingen av deltagarna hade fått information gällande levnadsvanor av en sjuksköterska är därmed ett viktigt fynd som är värt att poängtera. En reflektion är att någon/några av deltagarna kanske hade fått information av en sjuksköterska, men att detta inte hade uppfattats av deltagaren då annat rörande sjukdomen kändes mer prioriterat och akut. Således kan detta vara en faktor till att alla deltagarna svarade att de inte hade fått någon information om levnadsvanor av en sjuksköterska. En annan reflektion är att ingen av patienterna hade slutfört sin behandling, utan de alla hade en pågående behandling. Därav kan detta vara en av anledningarna att information om levnadsvanor inte hade tagits upp, då personalen kan ha tänkt att göra det vid ett senare tillfälle. Resultatet att alla deltagare faktiskt hade en önskan om att information om levnadsvanor skulle tas upp, bidrar till att studien är av stor relevans som vidare hoppas bidra till att ämnet är viktigt och därmed bör appliceras i klinisk praxis. Det fanns på avdelningen broschyrer tillhanda vad gäller just rekommendationer gällande levnadsvanor för cancerpatienter. Vad som dock inte fanns, var en rutin att dela ut broschyrerna till alla patienter på avdelningen. Enbart en deltagare hade fått denna broschyr, dock uppgav deltagaren att denna inte kommit till användning. Av detta resultat kan det anses att broschyren inte varit tillräckligt motiverande till att information om levnadsvanor skulle nå fram till patienten.

Hedelin m.fl. (2014) menar, som tidigare nämnts, att det finns en kunskapslucka hos många sjuksköterskor gällande att använda sig av sin kunskap för att främja hälsa hos patienten. Detta kan kopplas till att sjuksköterskan inte har tagit upp information om levnadsvanor med patienterna i studien, då det kan vara denna kunskapslucka som brister. En annan anledning kan bero på den teori som Baggens och Sandén (2014) tar upp, att hälsosamtal kan vara känsliga att utföra för sjuksköterskan då en känsla av påhopp och skuldbeläggning hos patienten kan finnas. Alla deltagare i denna studie uppgav att de inte skulle kännas som att sjuksköterskan skuldbelägger patienter genom att ta upp information om levnadsvanor. Detta är ett viktigt resultat då verksamheten tog upp problemet att många sjuksköterskor är rädda för att skuldbelägga patienterna, och därav också har svårigheter att ta upp informationen.

En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att arbeta evidensbaserat, för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Detta innebär exempelvis att involvera patienter och implementera ny

kunskap och nya arbetssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Resultatet i denna studie visar på att deltagarna inte fått information, så även evidensbaserad information, gällande levnadsvanor som kost, fysisk aktivitet, rökning och tobak av en sjuksköterska. Detta är därmed ett viktigt fynd som vidare hoppas kunna bidra till att nya arbetssätt tas fram som inkluderar sjuksköterskans kärnkompetens, att arbeta evidensbaserat (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Baggens och Sandén (2014) menar att informationen som ges till patienter bör vara individanpassad, med fokus på lyhörddhet och empati inför patientens tankar och synsätt. Kommunikationen är därmed av oerhörd vikt för att få patienten motiverad och insiktsfull vad gäller rutiner och riktlinjer kring hälsosamma levnadsvanor. Möjligen var det därmed kommunikationen som brustit mellan vårdgivare och deltagare i detta fall, och därmed förklaring till varför deltagarna angav att de inte fått information gällande levnadsvanor av en sjuksköterska.

7.2.2 Patienters önskan om när information om levnadsvanor bör ges

De skillnader som framkom i studien från deltagarna var när information om levnadsvanor bör tas upp i sjukdomsförloppet. Majoriteten av deltagarna ansåg att informationen bör tas upp innan behandlingen startar, en deltagare ansåg att informationen bör tas upp under behandlingen och en annan menade att informationen skulle tas upp efter behandlingen.

Arends m.fl. (2017) menar att alla cancerpatienter, oavsett cancerdiagnos eller stadiet av sjukdom, bör bli screenade regelbundet för risk av malnutrition. Detta kan kopplas till resultatet i denna studie då en av huvudfrågorna var *när* patienter anser att sjuksköterskan bör ta upp levnadsvanor med patienter. Med stöd av studien skriven av Arends m.fl. (2017) kan en slutsats dras om att screening för malnutrition hos cancerpatienter bör ske både innan behandling men även under behandlingens gång, för att minska risken för malnutrition under behandlingen.

En annan studie undersökte risken för ischemisk hjärtsjukdom och ökad dödlighet vid ohälsosamma levnadsvanor efter att patienter har genomgått en stamcellstransplantation. Resultatet visade på att dåliga levnadsvanor ökar risken för ischemisk hjärtsjukdom, och därmed även dödligheten efter en stamcellstransplantation (Leger m.fl., 2018). På grund av studiens resultat kan en slutsats även dras att det kan vara av stor vikt att återigen diskutera levnadsvanor med patienter efter behandlingen. Detta då man kan tänka sig att det är lätt att glömma av information som har getts innan samt under behandlingen.

7.2.3 Patienters önskan om hur information om levnadsvanor bör tas upp samt behov av personcentrerad vård

Vidare är en av sjuksköterskans kärnkompetenser att arbeta personcentrerat, där den unika människans behov, resurser och förväntningar tas i beaktning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Denna kärnkompetens kan kopplas till resultatet av denna studie, på så vis att individen får komma med önskemål gällande hur levnadsvanor bör tas upp. Detta för att arbeta personcentrerat och därmed tillgodose patientens behov. Något som dock majoriteten av deltagarna anser är att informationen bör vara en kombination av muntlig och skriftlig, och därmed anses det vara av vikt att skriftlig information bör finnas att tillgå för alla patienter. Dock anses det högst relevant att sjuksköterskan har den kompetens som krävs för att även muntligen kunna diskutera och informera om levnadsvanor med patienter.

Ingen av deltagarna ansåg att denna information bör tas upp endast skriftligt, vilket styrker resonemanget om att endast broschyrer inte hade räckt. Majoriteten av deltagarna hade föredragit om information om levnadsvanor togs upp både skriftligt och muntligt. En av deltagarna ansåg att det räckte med muntlig information.

7.2.4 Vikten av levnadsvanor

En tidigare studie (Arends m.fl., 2017) syftade till att finna rekommendationer för identifiering, förebyggning och behandling av malnutrition hos cancerpatienter. Det som framkom av resultatet var att alla cancerpatienter har en ökad risk för malnutrition, inte enbart på grund av de fysiska och metabola effekterna som cancer leder till, utan även på grund av cancerbehandlingen i sig. Detta kan innebära ökad risk för dödlighet relaterat till cancer då även resurserna hos patienten minskar för att hantera cancersjukdomen. Det studien även visade var att information gällande identifikation, förebyggande och behandling av malnutrition hos cancerpatienter bör komma till sjuksköterskans vetskap. Enligt Vårdhandboken (2019) finns det olika screeninginstrument för att identifiera undernäring, vilket bör göras inom ett dygn då patienten blivit inskriven på sjukhus. Frågor som bör ställas är *Har du gått ner i vikt, kan du äta som vanligt* samt att räkna ut patientens Body Mass Index (BMI). Att deltagarna i denna studien uttryckte frånvaro av diskussion och information gällande kost från sjuksköterskan, anses vara en brist. Därav kan det vara av vikt att införa i klinisk praxis att diskutera levnadsvanor, och i detta fall kost, genom att identifiera, förebygga och behandla malnutrition hos cancerpatienter.

En annan studie menar att sämre levnadsvanor påverkar behandlingen av cancer negativt. Vidare visar den att läkare och patienter ofta inte är medvetna om detta, vilket leder till en hälsofara för patienter (De Jong, Sparreboom, Verweij & Mathissen, 2008). I vissa fall kan sämre levnadsvanor leda till biverkningar som utgör fara för patientens liv och i andra fall kan sämre levnadsvanor leda till att de positiva resultaten av cancerbehandlingen minskar. Studien syftade till att undersöka de effekter rökning och alkoholkonsumtion har på cancerbehandlingsresultat. Sammanfattningsvis visade resultatet på att alkohol kan påverka utfallet av effekten för vissa läkemedel mot cancer då dessa exempelvis kan integrera med metabolismen av läkemedlet. Gällande tobaksbruk vid cancerbehandling finns det mindre vetenskaplig fakta kring huruvida tobaksbruk har påverkan på läkemedelseffekter (De Jong m.fl., 2008). En studie visar på att rökning kan påverka läkemedelskinetiken, då innehållet i cigaretter har påvisad effekt på vissa enzymer inom en del cancermediciner (Kroon, 2007). De Jong m.fl. (2008) studie styrker resonemanget om vikten av att sjuksköterskan bör ta upp information om levnadsvanor med patienter, vilket inte speglar verkligheten relaterat till denna studiens resultat. Det anses därav vara av stor vikt att sjuksköterskor bör få utbildning i att ge information om levnadsvanor till patienter med någon form av hematologisk cancer.

7.3 Fortsatt forskning

Urvalet resulterade i deltagare med en relativt hög ålder. Detta då personal på avdelningen valde patienter som kunde delta med hänsyn till patienternas tillstånd med fysiska och psykiska aspekter. Därmed är resultatet inte från deltagare i alla åldrar, vilket kan ses som en brist då en utslutning av att åldern kan påverka svaret inte kan göras. Därför kan framtida studier behövas för att undersöka liknande frågeställningar i ett bredare åldersspann. Denna studie undersökte inte i vilken miljö deltagarna ansåg att sjuksköterskan bör ta upp informationen om levnadsvanor vilket också ses som en brist och kan därmed undersökas i framtida studier. Frågeställningar såsom om miljön där information om levnadsvanor ska

hållas i enskilt rum, i en grupp med andra drabbade eller förslagsvis på annat sätt, är därmed att ta med i eventuell beaktning vid framtida studier.

Det anses vara ett viktigt resultat att deltagarna inte hade fått information om levnadsvanor från en sjuksköterska och det hade därför varit bra att vi framtida studier undersöka sjuksköterskans perspektiv. Exempelvis om sjuksköterskan anser att tillräcklig kunskap om ämnet finns, om levnadsvanor är ett känsligt ämne att ta upp eller om anledningar till varför informationen inte tas upp i praktiken. Ytterligare studier skulle även kunna ta upp vilken profession som patienter skulle föredra att diskutera levnadsvanor med. Detta eftersom denna studien visade på att majoriteten av deltagarna inte hade fått information om levnadsvanor.

Det som anses vara en styrka i denna studie var att alla deltagarna som blev intervjuade ansåg att ämnet levnadsvanor bör tas upp innan, under eller efter cancerbehandling. Därmed anses detta ämnet vara relevant att undersöka ytterligare i framtida studier.

7.4 Implikationer för omvårdnad

Resultatet visar att patienter har en önskan om att levnadsvanor bör tas upp före, under eller efter behandling. Detta för att exempelvis kunna få kunskap som vidare kan leda till förbättrat mående och en bättre livskvalité. Det visade sig att sjuksköterskor, hos dessa patienter, inte tagit upp samtalsämnet vad gäller levnadsvanor. Vad som detta beror på är vidare något som inte kartlagts. Dock har enheten inte några bestämda riktlinjer eller rutiner gällande vem i vårdkedjan som bör diskutera levnadsvanor eller när i skedet av behandlingen detta bör ske. Det som i dagsläget finns är exempelvis sökord i dokumentationen som "livsstil" och "bedömning av levnadsvanor" samt de skriftliga broschyrerna (Personlig kommunikation, 10 november 2019). Ett förslag är därmed att införa tydliga riktlinjer för när samt hur levnadsvanor bör diskuteras med patienter. Det bör även finnas riktlinjer gällande vem i vårdkedjan alternativt vilken profession som bär ansvaret för att denna information blir tilldelad patienten. Vidare bör sjuksköterskor regelbundet undervisas och informeras enligt den nyaste forskningen, vad som bör rekommenderas till cancerpatienter. Detta för att med säkerhet kunna arbeta evidensbaserat och därmed bidra till en säker och god vård.

Sjuksköterskan bör också få utbildning i kommunikation om levnadsvanor med patienter för att ha en god kunskap i hur information bör förmedlas.

Vidare bör det finnas rutiner gällande skriftlig information, exempelvis att alla inskrivna patienter bör få broschyrer vad gäller levnadsvanor, detta för att kunna ge möjlighet till egen läsning och upprepning av muntlig information.

7.5 Slutsats

Sammanfattningsvis uppgav alla deltagare att de inte hade fått någon information om levnadsvanor av en sjuksköterska sedan de diagnostiserades med någon form av hematologisk cancer. Det fanns olika åsikter kring när under sjukdomsförloppet sjuksköterskan bör ta upp levnadsvanor med patienter men alla deltagare hade en gemensam åsikt i att det bör tas upp någon gång. Således är det av stor vikt att införa rutiner och utbildningar för sjuksköterskor/vårdpersonal i kommunikation med patienter kring levnadsvanor vid cancer. Detta då forskning visat att behandling av cancer och dess biverkningar påverkas av levnadsvanor. Det anses behövas ytterligare forskning kring detta ämne för att kunna få mer kunskap kring hur, när och var informationen bör ges samt sjuksköterskans perspektiv på ämnet.

8. Referenslista

- 1177 Vårdguiden. (2018). *Stamcellstransplantation*. Hämtad 2019-11-21 från <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/behandling--hjalpmedel/operationer/transplantationer/stamcellstransplantation/>
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzettie, H., ... Preiser, J.K. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48. doi:[10.1016/j.clnu.2016.07.015](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015)
- Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt* (s.507-537). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.99- 110). Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A.Ehrenberg, L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (s.113-134). Lund: Studentlitteratur
- Blodcancerförbundet. (2016). *Myelodysplastiska syndrom*. Hämtad 2019-10-31 från <https://www.blodcancerforbundet.se/blodcancer/uploads/Diagnosbroschyrer%20-%20MDS.pdf>
- Cancerfonden. (2019). *Stamcellstransplantation*. Hämtad 2019-11-19 från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/behandlingar/stamcellstransplantation>
- Cancerfonden. (u.å). *Så kan du minska risken- våra råd*. Hämtad 2019-11-18 från <https://www.cancerfonden.se/livsstil/vara-rad>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285-300). Lund: Studentlitteratur.
- De Jong, F.A., Sparreboom, A., Verweij, J., & Mathijssen, R.H. (2008). Lifestyle habits as a contributor to anti-cancer treatment failure. *European Journal of Cancer*, 44(3), 374-382. doi:[10.1016/j.ejca.2007.12.012](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.12.012)
- Eldh, A.C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s.485-504). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:[10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)

- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s.361-388). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.111-120). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Kroon, L.A. (2007). Drug interactions with smoking. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(18), 1917–1921. doi:10.2146/ajhp060414
- Leak Bryant, A., Walton, AL., Pergolotti, M., Phillips, B., Bailey, C., Mayer, DK., Battaglini C. (2017). Perceived Benefits and Barriers to Exercise for Recently Treated Adults With Acute Leukemia. *Oncology Nursing Forum*, 44(4), 413-440. doi:10.1188/17.ONF.413-420
- Leger, K. J., Baker, K. S., Cushing, H. K. L., Flowers, M. E. D., Leisenring, W. M., Martin, P. J., ... Cushing-Haugen, K. L. (2018). Lifestyle factors and subsequent ischemic heart disease risk after hematopoietic cell transplantation. *American cancer society*, 124(7), 1507–1515. doi:[10.1002/cncr.31227](https://doi.org/10.1002/cncr.31227)
- Li, W. H. C., Chan, S. S. C., & Lam, T. H. (2014). Helping cancer patients to quit smoking by understanding their risk perception, behavior, and attitudes related to smoking. *Psycho-Oncology*, 23(8), 870–877. doi: 0.1002/pon.3486
- LoConte, N. K., Brewster, A. M., Kaur, J. S., Merrill, J. K., & Alberg, A. J. (2017). Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *Journal Of Clinical Oncology*, 36(1), 83-93. doi:10.1200/JCO.2017. 76.1155
- Läkemedelsboken. (2015). *Hematologiska maligniteter*. Hämtad 2019-11-19 från https://lakemedelsboken.se/kapitel/onkologi/hematologiska_maligniteter.html
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.25- 42). Lund: Studentlitteratur.
- Pugh, G., Hough, R., Gravestock, H., Williams, K., & Fisher, A. (2017). Lifestyle advice provision to teenage and young adult cancer patients: the perspective of health

professionals in the UK. *Supportive Care in Cancer*, 25(12), 3823–3832.
doi:[10.1007/s00520-017-3814-5](https://doi.org/10.1007/s00520-017-3814-5)

- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2019). *Avdelning 141*. Hämtad 2019-10-31, från <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-6/specialistmedicin/enheter/avdelning-141/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. 2014. *Allmänt om forskningsansatser med kvalitativ metod* (SBU-rapport 2014). Hämtad 2019-10-23 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_bilaga11.pdf
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2019-10-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Hämtad 2019-10-16 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/levnadsvanor/socialstyrelsens.nationella.riktlinjer.for.sjukdomsforebyggandemetoder.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. Hämtad 2019-11-19 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk.sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.vard_2016_2016_webb.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Hälsosamma levnadsvanor för dig som har eller haft cancer*. Hämtad 2019-10-08 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/levnadsvanor/levnadsvanor-till-dig-som-har-eller-haft-cancer/levnadsvanor-cancer-ny-till-webb-11-april-2019.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2019-11-14, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2018). *Samtal om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer. Ett kunskapsunderlag för teamet*. Hämtad 2019-10-08 från <https://www.swenurse.se/globalassets/levnadsvanor-svensk-sjukskoterskeforening/levnadsvanor-cancer-klar-for-webb.pdf>

Van de Glind I., van Dulmen S., & Goossensen, A. (2008). Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Education & Counseling*, 73(2), 215–219. doi:[10.1016/j.pec.2008.07.004](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.004)

Vårdhandboken. (2019). *Riskidentifiering och riskbedömning*. Hämtad 2019-11-14 från <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/nutrition/riskidentifiering-och-riskbedomning/>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2018). *Raising awareness of the link between alcohol and cancer*. Hämtad 2019-11-25, från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2018/02/raising-awareness-of-the-link-between-alcohol-and-cancer>

9. Bilagor

9.1 Bilaga 1 – Information till deltagare

Hej,

Vi är två stycken sjuksköterskestudenter som läser vår femte termin på sjuksköterskeprogrammet på Göteborgs Universitet. Vi blir därmed färdiga sjuksköterskor i juni nästa år.

Vi skriver just nu vårt examensarbete, vilket är förankrat på denna avdelningen. Detta för att kunna göra nytta i vården och bidra till att utveckla verksamheten.

Vi ska undersöka levnadsvanor (rökning, alkohol, kost och fysisk aktivitet). När du som patienten anser att detta bör tas upp. I samband med diagnos? Under behandling? Efter att behandlingen är avklarad?

Levnadsvanor är något som vi som sjuksköterskor bör ta upp med patienter (Socialstyrelsens riktlinjer 2017 men kan många gånger upplevas som svårt att ta upp detta ämne med patienter. Det beror ofta på att man inte vill skuldbelägga dig som person eller få dig att må sämre på något sätt.

Vi önskar därför att få intervjua dig för att få höra vad du har för tankar kring när och hur man bör diskutera levnadsvanor?

Ditt deltagande är frivilligt, och kan när som helst avbrytas utan förklaring och utan att det påverkar ditt omhändertagande. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till uppgifterna.

Varma hälsningar
Filippa och Lina

9.2 Bilaga 2 – Intervjuguide



GÖTEBORGS UNIVERSITET

- Man/kvinna?
- Ålder?
- Hur ser du på levnadsvanor?
- Var är goda levnadsvanor enligt dig, och “dåliga”?
 - Fysisk aktivitet
 - Alkohol
 - Rökning
 - Kost
- Har en sjuksköterska pratat med dig om levnadsvanor sedan du blev sjuk?
 - Om ja→ Hur kändes det? Vad hade man kunnat göra annorlunda enligt dig?
 - Om nej→ Hade du velat att man tog upp detta?
- När ska informationen ges? Innan, under eller efter behandling?
- Hur ska informationen ges? Genom att sjuksköterskan tar fram formulär? Genom att få svara på frågor kring sina levnadsvanor muntligen i ett samtal? Annat förslag?