

# **Trötthet som påverkar hela livet**

## **Att leva med cancerrelaterad fatigue**

**Therése Anebreid Norberg**  
**Tomas Englund**

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats  
Omvårdnad  
Jönköping, januari 2013

# Sammanfattning

En av de vanligaste biverkningarna som patienter med cancer får är cancerrelaterad fatigue (CRF). Symtomen på CRF kan vara trötthet, oro och utanförskap. Syftet med litteraturöversikten var att belysa hur patienter upplevde CRF. Litteraturöversikten är baserad på tio kvalitativa artiklar och för att hitta dessa artiklar användes databaserna Cinahl och PubMed. Studierna analyserades utifrån en femstegsmodell som resulterade i fyra huvudkategorier: *Att känna sig helt utmattad*, *Att uppleva en inre kamp*, *Att inte känna igen sig själv* och *Att förlora sin plats i livet*. Många av patienterna i studierna beskrev en känsla av kroppslig utmattning, minskad fysisk förmåga samt daglig trötthet, vilket ledde till att de inte hade någon energi kvar. Det blev viktigt att lära sig uppfatta och tolka kroppens signaler och passa på att göra saker de stunder som patienterna hade energi. När de inte orkade utföra dagliga aktiviteter bidrog det till utanförskap och att de blev beroende av andra. Patienterna upplevde också en inre stress och oro. Slutsatserna är att CRF är det mest nedslående symtomet vid cancer och för med sig konsekvenser för hela livet. Det behövs mer utbildning inom vården för att kunna tillgodose patienternas behov.

Nyckelord: kvalitativ, litteraturöversikt, oro, utanförskap och utmattning

# **Tiredness that affect the whole life To live with cancer-related fatigue**

**Therése Anebreid Norberg  
Tomas Englund**

Degree project, 15 hp, bachelor thesis  
Nursing Science  
Jönköping, January 2013

## Summary

One of the most common side effects that cancer patients experience is cancer-related fatigue (CRF). The symptoms of CRF may be tiredness, anxiety and alienation. The aim of the literature review was to illustrate how patients experienced CRF. The literature review is based on ten qualitative articles and to find these articles the databases Cinahl and PubMed were used. Studies were analyzed by a five-stage model that resulted in four main categories: *To feel completely exhausted*, *To experience an inner struggle*, *To not recognize yourself* and *To lose your place in life*. Many of the patients in the studies described a feeling of physical exhaustion, reduced physical ability and daily tiredness which led to that they had no energy left. It was important to learn how to perceive and interpret the body's signals and take the opportunity to do things the moments that patients had energy. When they could not manage to perform daily activities it contributed to alienation and they became dependent on others. Patients also experienced an internal stress and anxiety. The conclusions are that CRF is the most depressing symptom of cancer and cause consequences for life. More education is needed in health care to meet patients' needs.

Keywords: alienation, anxiety, exhaustion, literature review and qualitative

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Cancerförekomst .....	1
Orsak till cancer och dess behandling .....	1
Definition och förekomst av CRF .....	2
Vad som orsakar CRF och hur det lindras .....	2
Teorianknytning .....	3
Sjuksköterskans roll i att förebygga och lindra CRF .....	3
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>4</b>
Design.....	4
Datainsamling .....	4
Dataanalys .....	5
Etiska överväganden .....	5
<b>Resultat</b> .....	<b>6</b>
<b>Att känna sig helt utmattad</b> .....	<b>6</b>
Trött och energilös .....	6
Inte känna sig utvilad .....	7
<b>Att uppleva en inre kamp</b> .....	<b>7</b>
Uppgivenhet och inre stress .....	7
Oro och rädsla .....	8
<b>Att inte känna igen sig själv</b> .....	<b>8</b>
Upplevd förändrad fysisk förmåga .....	8
Upplevd förändrad kognitiv förmåga .....	9
<b>Att förlora sin plats i livet</b> .....	<b>9</b>
Uppleva utanförskap .....	9
Upplevd förlorad självständighet.....	9
<b>Diskussion</b> .....	<b>10</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>10</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>11</b>
Att känna sig helt utmattad .....	11
Att uppleva en inre kamp.....	12
Att inte känna igen sig själv.....	13
Att förlora sin plats i livet .....	13
Förslag på vidare forskning .....	14
<b>Slutsatser</b> .....	<b>14</b>
<b>Kliniska implikationer</b> .....	<b>14</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>15</b>

## **Bilagor**

Bilaga 1 .....	Söktabell
Bilaga 2 .....	Kvalitetsgranskningsprotokoll
Bilaga 3 .....	Artikelmatris

# Inledning

Sjuksköterskor på en onkologisk klinik möter dagligen patienter med cancer som är mitt uppe i en, ofta, lång behandlingsperiod. Patienterna är inte en homogen grupp utan alla har sina egna diagnoser att tacklas med utifrån individuella förutsättningar. Inte sällan pendlar tillvaron mellan hopp och förtvivlan samtidigt som svåra behandlingar och biverkningar som ska klaras av. En av de vanligaste biverkningarna som uppstår oberoende av cancerdiagnos eller behandlingsstrategi är uttalad trötthet, så kallad fatigue (Paschoin de Olivera Campos, Hassan, Riechelmann & del Giglio, 2011). Bland annat har patienter som författarna mött i sitt kliniska arbete uttryckt sina upplevelser så här: ”Jag måste vila en stund för att orka gå och lägga mig” och ”Det kändes oöverstigligt att gå upp ur soffan för att gå på toaletten”. CRF har uppmärksammats mycket inom vården de senaste åren men är fortfarande ett problem som vårdpersonalen inte alltid informerar om eller ger hjälpande råd om. Därför är det viktigt att lyfta detta område. Dessutom ska sjuksköterskor bedriva utvecklings- och forskningsarbete enligt kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005).

## Bakgrund

### Cancerförekomst

I världen diagnostiserades närmare 13 000 000 cancerfall år 2008. Bland kvinnor är bröstcancer den vanligaste diagnosen med nästan 1 400 000 rapporterade fall och bland män är lungcancer vanligast med knappt 1 100 000 rapporterade fall (IARC, 2010). År 2010 diagnostiserades över 55 000 nya fall av cancer i Sverige och de senaste 20 åren har antalet diagnoser ökat med i genomsnitt 1,7 procent per år. Enligt Socialstyrelsens incidensrapport beror ungefär hälften av denna ökning på en åldrande befolkning, men ökningen kan också relateras till att cancerdiagnostiken utvecklas (Engholm et al., 2010, Socialstyrelsen, 2010). Statistiken visar att var tredje svensk kommer att drabbas av cancer någon gång under sin livstid (Socialstyrelsen, 2010). Även i Sverige är bröstcancer den vanligaste cancerformen hos kvinnor medan prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män, diagnoserna utgör tillsammans cirka en tredjedel av samtliga cancerfall per år. Hudcancer är den näst vanligaste cancerformen vad gäller både kvinnor och män och utgör cirka 14 procent av det totala antalet cancerfall per år (Socialstyrelsen, 2010).

### Orsak till cancer och dess behandling

Att få en cancerdiagnos är alltid en omskakande upplevelse som för med sig känslomässigt kaos och rädsla vilket påverkar hela livet för patienterna. Oftast har patienterna misstänkt att något är fel och därför uppsökt vården, men det är först när de får sin diagnos som allt ställs på sin spets och livet förändras (Missel & Birkelund, 2011). Cancertumörer uppkommer på grund av att kroppsegna celler har muterat och gått ifrån sitt normala och kontrollerade delningsmönster till en ohämmad delningsprocess (Hanahan & Weinberg, 2011). Orsakerna till cancer varierar mellan diagnoser och mellan individer. Ärftlighet eller andra sjukdomar som till exempel ulcerös colit och humant papillomavirus kan orsaka cancer (Trolle Lagerros, 2008; Bosch, Lorincz, Muñoz, Meijer & Shah, 2002). Livsstilsfaktorer som rökning, alkoholintag, solexponering, matintag och fysisk aktivitet påverkar risken att drabbas av cancer (Key et al., 2004; Wiseman, 2008; Ballester et al., 2012; Gawron, Hou, Ning, Berry & Lloyd-Jones, 2012). Nära 70 procent av de fall av cancer som diagnostiseras i Sverige varje år kan idag få en kurativ behandling (Socialstyrelsen, 2011). Individens diagnos och status avgör upplägget av behandlingen (SBU, 2001; SBU, 2003). Patienterna ska tillfrågas angående behandlingsupplägget och bli informerade om valmöjligheter och få komma med åsikter. Många patienter uppger att de lämnar de flesta besluten till läkaren och följer

vad läkaren anser är bäst (Suija, Ilves, Ööpik, Maaros & Kalda, 2012). Cancer behandlas med kirurgi, cytostatika och strålbehandling, var för sig eller i kombination (Ellis, 2012). Både vad gäller cytostatika och strålbehandling så avgörs dosen utifrån vad som krävs för tumördöd och vilka biverkningar det blir på normal vävnad. För att hämma tumörutvecklingen används ibland även hormoner som tilläggsbehandling vid till exempel prostatacancer (SBU, 2001; SBU, 2003). Målstyrda behandlingar som blockerar cellens signaler och därmed hämmar tillväxten används också, bland annat vid leukemi, koloncancer och bröstcancer (Oldham & Dillman, 2008). Utvecklingen pågår ständigt med nya och/eller förfinade metoder och med nya läkemedel och/eller nya kombinationer (Oldham & Dillman, 2008; Ellis, 2012). Det är en komplex situation att genomgå en cancerbehandling och patienterna har behov av mer än objektiva bedömningar och att fullfölja medicinska behandlingar (Missel & Birkelund, 2011). De påverkas på alla plan då en cancerdiagnos och behandling medför fysiska, känslomässiga, sociala och andliga symtom (Ellis, 2012).

## Definition och förekomst av CRF

Patienternas upplevelse av sin cancersjukdom är starkt förknippad med de biverkningar som behandlingen för med sig (Missel & Birkelund, 2011). Majoriteten av forskarna inom cancerbehandlingens område, är överens om att CRF är ett av de vanligaste symtomen vid cancerbehandling. Över 70% av alla patienter som går igenom en cancerbehandling drabbas av CRF (Ahlberg, Ekman, Gaston-Johansson & Mock, 2003). Ream och Richardson (1996) definierar i sin bereppsanalys CRF som *"a subjective, unpleasant symptom which incorporates total body feelings ranging from tiredness to exhaustion creating an unrelenting overall condition which interferes with individuals` ability to function to their normal capacity"*. Symtom på CRF kan vara kraftlöshet, svaghet och koncentrations svårigheter. När behandlingen är avslutad, förbättras generellt upplevelsen av CRF, men den kan ändå finnas kvar till en viss grad (Ahlberg et al., 2003). Enligt sammanställning gjord av Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård (2011) kan patienter uppleva att CRF kvarstår i månader eller upp till flera år efter avslutad behandling.

## Vad som orsakar CRF och hur det lindras

De flesta forskningsresultaten visar att CRF består av en kombination av flera faktorer, både biologiska, fysiologiska och psykologiska. Däremot har det inte varit möjligt att bestämma de exakta orsakssambanden mellan cancerbehandling och CRF (Rao & Cohen, 2008). Faktorer som relateras till CRF uppdelas i två huvudområden: Perifera och centrala faktorer. Några exempel på perifera faktorer är kronisk smärta, anemi, viktnedgång, känslomässigt lidande, depressioner och oro (Madden & Newton, 2006; Rao & Cohen, 2008). En central faktor är att själva vetskapen om att vara drabbad av cancer i många fall leder till ett känslotillstånd av kronisk stress, vilket i sin tur leder till att kroppen frigör mer stresshormoner, kortisol. Detta har påvisats kunna leda till depression och CRF. Ett annat exempel på centrala faktorer är att utsöndringen av cytokiner ökar vid cancersjukdom och ger en allt starkare signal om att patienten inte mår bra, vilket påverkar känslan av en förhöjd CRF (Ahlberg et al., 2003; Rao & Cohen, 2008). De olika faktorer som påverkar uppkomsten av CRF kan både orsakas av sjukdomen i sig och/eller av behandlingen (Rao & Cohen, 2008). Anemi orsakas inte bara av cytostatika utan även av dåligt näringsintag, hemolys och blödningar. Försämringen av blodvärdet bidrar till att upplevelsen av CRF blir större och i förlängningen leder detta till en försämrad livskvalitet (Hawthorn, 2010; Rao & Cohen, 2008). CRF kan också uppkomma genom sömnavbrott under natten, vilket medför förändringar av dygnsrytmen. Dessa sömnavbrott kan bero på lägre aktivitet under dagen, upplevelser av kronisk smärta, samt en emotionell stress över situationen (Madden & Newton, 2006). Stressen, som sömnproblemen för med sig, har även en negativ inverkan på det vardagliga livet och påverkar hela patientens förmåga att fungera på ett normalt sätt (Ahlberg et al., 2003). Sömnproblem som leder till CRF har också kopplats samman med en ökad risk att blir deprimerad och en ökad oro



(Berger, Gerber & Mayer, 2012). Viktnedgång anses också vara en bidragande faktor till CRF. Oftast upplever patienter med cancer problem med att behålla näringen, aptitlöshet eller till och med problem att tugga maten. Detta kan leda till anorexi, lågt energiförråd, minskad rörlighet och förlust av muskelstyrka. Det försämrade energiintaget och viktnedgången leder till trötthet, håglöshet och depression (Ahlberg et al., 2003). Ett sätt att lindra CRF är genom att uppnå en balans mellan fysisk aktivitet och vila. Genom olika aktiviteter som att promenera, cykla, simma eller konditionsträning ökar inte bara den fysiska energinivån utan även psykiskt välmående och aptiten samt ger en bättre livskvalitet (Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård, 2011). Läkemedelsbehandling kan också bli nödvändig för att lindra CRF. Vid smärta, depression, och sömnsvårigheter bör sedvanlig behandling sättas in. Anemi behandlas med blodtransfusioner om så behövs (Morrow, Shelke, Roscoe, Hickok & Mustian, 2005).

## **Teorianknytning**

Travelbee (1971) har som utgångspunkt i sin omvårdnadsteori att varje människa är en unik individ och att den omvårdande sjuksköterskan ska förebygga och övervinna sjukdom och lidande eller vid behov visa på mening i upplevelsen av sjukdom eller lidande. Vid sjukdom uppkommer ofta lidande och kopplas då ofta samman med olika typer av förluster av det som den sjuke individen upplever som betydelsefullt. Travelbee menar att det vanligaste sättet att reagera på sjukdom och lidande är ”Varför just jag?” och att den drabbade vägrar acceptera sin sjukdom eller lidande. En betydligt ovanligare reaktion är ”Varför inte jag?” där individen istället reagerar på sjukdom och lidande med acceptans. Att reagera på detta sätt innebär inte att lidandet är mindre men att individen har bättre förutsättningar att utstå och ta sig igenom lidandet. Lidandet är en del av att vara människa och alla får mer eller mindre känna på vad lidande är och vad det innebär. Det är grundläggande för människan att finna en mening med de upplevelser och erfarenheter livet för med sig och ofta behöver individen hjälp med detta. Att hjälpa till med detta är, enligt Travelbee, den viktigaste delen i omvårdnaden för sjuksköterskan. Den mellanmänskliga relationen i Travelbees omvårdnadsteori grundar sig på kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Relationen bygger på flera faser av interaktion som ska leda fram till sympati, som här innebär att förstå den lidande och att vilja avhjälpa lidandet. Interaktionen ska även leda fram till en djupare kontakt där de båda parterna har förståelse för varandra och det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap och omdöme för att kunna identifiera och bemöta patientens omvårdnadsbehov. Omvårdnadsbehoven ska sedan bekräftas hos den patienten genom fortsatt interaktion. Det är viktigare för sjuksköterskan att sätta patientens upplevelse i centrum än att ta hänsyn till diagnosen eller den egna bedömningen. Planering av omvårdnaden ska sedan ske och har inte sjuksköterskan själv möjlighet att tillgodose målen får andra vårdgivare tas till hjälp (Travelbee, 1971).

## **Sjuksköterskans roll i att förebygga och lindra CRF**

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskans arbete genomsyras av helhetssyn och etiskt förhållningssätt. Bemötandet mot patienten ska vara respektfullt, lyhört och empatiskt (Socialstyrelsen, 2005). Patientens sjukdomsupplevelse och lidande ska uppmärksammas och lindras så långt det är möjligt (Travelbee, 1971). Patientens perspektiv ska alltid stå i centrum när behandlingen planeras, detta kräver kontinuitet och tillräcklig och adekvat information från vårdens sida. Det är även nödvändigt med god kommunikation både mellan patient och vårdgivare samt vårdgivare emellan då ofta flera enheter är involverade i behandlingen (Suija et al., 2012). Sjuksköterskan ska ta tillvara det friska hos patienten och använda omvårdnads-, medicin- och rehabiliteringskunskaper. Information ska ges så att patienten förstår vad behandlingen innebär och vilka rättigheter patienten har och omvårdnaden ska genomföras på ett säkert sätt (International Council of Nurses, 2012). Omvårdnadsprocessen som innebär observation, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering ska tillämpas så att både patientens fysiska och psykiska omvårdnadsbehov kan

tillgodoses. Sjuksköterskan ska också identifiera ohälsosamma livsstilsfaktorer och vid behov motivera till förändrade vanor (Socialstyrelsen, 2005). Det är sällan bara en orsak till symtomen när patienten drabbas av CRF, vilket gör att det kan vara svårt att behandla och i sin tur orsaka ökat lidande (Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård, 2011). Enligt Travelbee (1971) har sjuksköterskan då en viktig roll i att hjälpa patienterna att finna mening i lidandet. Patienterna kan få hjälp med att lindra dessa symtom eller kunna hantera dem så att de kan få en bättre livskvalitet. Omvårdnaden ska rikta sig mot att lindra CRF och anpassa behandlingen utifrån hur patienten mår. Sjuksköterskan ska också ge stöd åt patienten och dess anhöriga så de förstår hur symtomen kan hanteras på bästa sätt (Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård, 2011). Det finns olika sätt för en sjuksköterska att ge råd om symtomlindring och Travelbee (1971) betonar vikten av kommunikation och interaktion. Genom att lyssna på vad patienten berättar och hur den uppfattar sin CRF så kan muntlig och skriftlig information ges. Sjuksköterskan kan även hjälpa patienten att sätta upp realistiska mål samt behandla de symtom som är möjliga att behandla. Det är även viktigt att hjälpa patienterna att hitta olika sätt att klara av sin CRF och hur de på bästa sätt kan lindra dessa. Genom behandlingen ska sedan de mål som är uppsatta fortlöpande följas upp och målen utvärderas (Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård, 2011). För att sjuksköterskan ska kunna bemöta och hjälpa patienten att hantera och lindra CRF krävs kunskap och ökad medvetenhet om fenomenet (Johnson, Amin & Matzo, 2012). Denna litteraturöversikt gjordes för att bidra till sjuksköterskors och övrig vårdpersonals förståelse för patientens upplevelse av CRF.

## Syfte

Syftet var att belysa hur patienter upplever cancerrelaterad fatigue.

## Material och metod

### Design

För att svara på syftet valdes en kvalitativ ansats. För att göra befintlig kunskap mer tillgänglig var det angeläget att sammanställa de studier som tar upp patienternas beskrivningar av CRF. Sammanställningen av vetenskapliga artiklar ska ta tillvara på och tydliggöra tidigare forskning samt göra denna mer lättillgänglig för vårdpersonal. (Forsberg & Wengström, 2008; Dahlborg Lyckhage, 2006).

### Datainsamling

Litteratursökningen genomfördes i september 2012 i databaserna Cinahl och PubMed. Dessa databaser valdes för att de täcker området omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2008). Östlundh (2006) rekommenderar att begränsa sökprocessen genom att använda databasernas avgränsningsfunktioner. Avgränsningarna som gjordes var att endast ta med artiklar från 2002 till 2012 och att artiklarna skulle vara skrivna på engelska. Deltagarna i studierna skulle även vara 19 år eller äldre, denna åldersgräns valdes på grund av att databasernas vuxenspann går från 19 år och äldre. I Cinahl valdes även aktivt att artiklarna skulle vara "peer reviewed" för att säkerställa vetenskapligheten, i PubMed är alla artiklar "peer reviewed" (Östlundh, 2006). Exkludering gjordes av kvantitativa artiklar och av artiklar som studerade annan fatigue än CRF. Artiklar inkluderades oberoende av vilken eller vilka cancerdiagnoser som deltagarna hade haft och oberoende av var i världen studierna var genomförda. För att få den korrekta engelska översättningen på sökorden och förslag på ytterligare tänkbara sökord användes MESH-termer (Forsberg & Wengström, 2008). Sökorden *fatigue* och *cancer-related* valdes som huvudsökord. För att hitta artiklar som svarade mot

syftet att belysa patienterna upplevelser och hur de beskriver detta med egna ord kombinerades huvudsökorden med *experience, interview, perception, daily living, description* och *narrative*. I sökprocessen användes den booleska operatoren >>AND>> genom hela processen och trunkering användes också på samtliga sökord för att även få med eventuella böjningsformer (Forsberg & Wengström, 2008; Östlundh, 2006). De kombinationer som gav flest och bäst träffar under sökprocessen var *fatigue+cancer-related+experience* samt *fatigue+cancer-related+interview*. Sökorden *fatigue+cancer related+experience* gav 23 träffar i Cinahl och i PubMed gav de 160 träffar och 393 efter trunkering. När *fatigue+cancer related* kombinerades med *interview* i PubMed resulterade det i 66 träffar och efter trunkering blev det 102. När *interview* byttes mot *daily living* blev resultatet 70 träffar (se bilaga 1). Samtliga titlar i träfflistorna lästes igenom, stämde titeln överens med litteraturöversiktens syfte lästes abstraktet igenom. Efter gallring enligt litteraturöversiktens exklusions- och inklusionskriterier återstod 19 artiklar. Dessa 19 artiklar lästes igenom i sin helhet, sju av dessa valdes bort på grund av att studierna var kvantitativa. För att inte riskera att gå miste om användbara artiklar lästes referenslistorna i de 12 kvarvarande artiklarna igenom vilket rekommenderas av Forsberg och Wengström (2008). Detta resulterade i tre artiklar som svarade upp mot litteraturöversiktens kriterier och gick vidare till kvalitetsgranskning. Ytterligare en artikel hittades genom ostrukturerad sökning. Enligt Forsberg och Wengström (2008) och Segesten (2006) är kvalitetsgranskningen en viktig del för att styrka materialet som senare ligger till grund för analysen. Kvalitetsgranskningen genomfördes med hjälp av Hälsohögskolan i Jönköpings protokoll framtaget av Avdelningen för omvårdnad ”Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod” (se bilaga 2). De 16 artiklarna kvalitetsgranskades, vilket ledde till att ytterligare sex artiklar valdes bort. Bortfallet berodde på att andra biverkningar utgjorde en stor del av resultatet, att de handlade om fysisk aktivitet/inaktivitet eller var kopplade till ett träningsprogram och därför inte svarade upp mot syftet.

## Dataanalys

För att svara upp mot syftet valdes en kvalitativ analysmetod enligt Fribergs femstegsmodell (Friberg, 2006). Steg ett i denna modell var att de tio utvalda artiklarna lästes igenom upprepade gånger av båda författarna för att få fram och urskilja studiernas resultat (se bilaga 3). Författarna diskuterade sedan artiklarna för att säkerställa att helheten i resultatet hade uppfattats lika. Analysprocessen fortsatte i steg två med att söka efter meningsbärande enheter i resultatdelen av artiklarna som svarade upp mot litteraturöversiktens syfte. Enheterna bestod av upplevelser och erfarenheter. Dessa markerades i texten med överstrykningspenna för att tydliggöra vad som skulle analyseras. För att få en översikt innebar steg tre att artiklarnas resultat sammanställdes var för sig utifrån de markerade fraserna. I steg fyra klassindelades och identifierades mönster och teman och de markerade orden och meningarna skrevs ner i en punktlista. Denna lista klipptes sedan isär och orden och fraserna lades ut på en stor yta för att göra det mer överskådligt. Liknande ord och fraser parades ihop och bildade åtta subkategorier. Grupperna jämfördes sedan för att hitta likheter och skillnader. Vilket ledde till att de kunde paras ihop och slutligen bildade fyra huvudkategorier. I det femte steget ingår själva skrivprocessen där kategorierna ska få en innebörd och detta presenteras i resultatet (Friberg, 2006).

## Etiska överväganden

Även en mindre studie kräver mer än ett informellt godkännande då något viktigt och uppseendeväckande kan framkomma och studien får spridning vilket medför strikta etiska krav (Bell, 2006). Att forska på cancerpatienter som är en utsatt grupp kan vara känsligt (Ardrön & Kendall, 2010). För att ge sjuksköterskan tillräcklig kunskap för att kunna uppfylla ICN:s etiska kod att främja hälsa, förebygga sjukdom, återuppbygga hälsa och lindra lidande är det ändå nödvändigt att genomföra studier på denna grupp (International Council of Nurses, 2012). De artiklar som kvalificerade sig för resultatet i litteraturöversikten kvalitetsgranskades och var godkända av en

etisk kommitté och/eller hade visat tydligt på patientens informerade samtycke. Det är oetiskt att ge fel eller endast en del av den verkliga bilden av problemet, därför redovisades samtliga artiklar i litteraturoversikten och artiklarnas hela resultat användes (Forsberg & Wengström, 2008).

## Resultat

Resultatet i litteraturoversikten grundar sig på tio artiklar som analyserades och sammanställdes till fyra huvudkategorier som i sin tur delades in i åtta subkategorier (se tabell 1).

**Tabell 1 Resultatets kategoriöversikt**

Huvudkategorier	Subkategorier
Att känna sig helt utmattad	Trött och energilös
	Inte känna sig utvilad
Att uppleva en inre kamp	Uppgivenhet och inre stress
	Oro och rädsla
Att inte känna igen sig själv	Upplevd förändrad fysisk förmåga
	Upplevd förändrad kognitiv förmåga
Att förlora sin plats i livet	Uppleva utanförskap
	Upplevd förlorad självständighet

### Att känna sig helt utmattad

#### Trött och energilös

Deltagarna i studierna använde sig inte av ordet fatigue utan beskrev sin CRF genom orden trötthet eller utmattning. Tröttheten vid CRF beskrevs dock inte som en vanlig trötthet utan som något helt annorlunda, något som de inte upplevt tidigare (Johansson, Svensson & Axelsson, 2005; Wu & McSweeney 2007). Det var mer som sömnhet, som att de var drogade eller bedövade och att de kände sig helt utplånade (Gledhill, 2005; Johansson et al, 2005; Wu & McSweeney, 2007). Många av patienterna i studierna beskrev en känsla av kroppslig utmattning, minskad fysisk styrka samt daglig trötthet, vilket ledde till att de inte hade någon energi kvar (Lindqvist, Widmark & Rasmussen, 2004; Spichiger, Rieder, Müller-Fröhlich & Kesselring, 2012). Tröttheten upplevdes som överhängande och fanns hela tiden i kroppen, det gav en känsla av att behöva ladda batterierna igen (Gledhill, 2005; Johansson et al., 2005; Wu & McSweeney, 2007). CRF upplevdes som det mest nedslående och intensivaste symtomet under cancerbehandlingen och beskrivs av och till som outhärdlig (Tsai et al., 2010). En patient beskrev det som när en fisk hamnar på torra land (Wu & McSweeney, 2007). Andra patienter uttryckte det som att benen vacklade, att armar och ben kändes tunga och att det var svårt att hålla uppe huvud och axlar (Gledhill, 2005). Energiförlusten ledde till att de var försiktiga med hur de fördelade sin energi över dagen (Rosman, 2009). Ibland ville huvudet men kroppen sa nej, kraven på vad och hur

mycket som skulle genomföras var tvunget att minskas (Gledhill, 2005; Johansson et al., 2005; Tsai, Lin, Chao & Lin, 2010; Wu & McSweeney, 2007). CRF beskrevs som varierande, med toppar och dalar och att det gick i cykler, ungefär som att åka i ett pariserhjul (Gledhill, 2005). Tröttheten kunde uppkomma plötsligt och då ge en känsla av att vara helt energilös och gjorde patienterna både kraftlösa och håglösa (Bennett, Goldstein, Fridlander Hickie & Lloyd, 2007; Wu & McSweeney, 2007). Den upplevdes mer och mer uttalad allteftersom behandlingen fortskred, det var som att ta ett steg fram och två tillbaka (Wu & McSweeney, 2007). En bidragande orsak till att tröttheten vid CRF blev värre var att det lämnade spår i själen precis som tidvattnet lämnar spår på stranden (Gledhill, 2005).

## **Inte känna sig utvilad**

Många patienter uppgav också att sömnen inte hjälpte och att den inte gav någon återhämtning, de kände sig lika trötta när de vaknade som när de somnade och de fick aldrig en känsla av att vara utvilade (Bennett et al., 2007; Gledhill, 2005; Wu & McSweeney, 2007). Sömnbehovet kvarstod dag efter dag utan att minska (Porock & Juenger, 2004). Att de kände en ”tröghet” i kroppen eller upplevde en känsla av att leva i ett ”försoffat” tillstånd var andra beskrivningar på att inte orka och ständigt vara i behov av vila (Gledhill, 2005). När tröttheten var som mest påträngande kunde patienterna sova både dag och natt men många patienter hade svårt att få en bra nattsömn med bra sömnkvalitet (Porock & Juenger, 2004; Johansson et al., 2005). CRF tog överhanden och patienterna upplevde sig tvungna att helt anpassa livet efter det för att tillgodogöra sig sömnbehovet och spara på energin för att klara av vardagen (Johansson et al., 2005; Tsai et al., 2010; Wu & McSweeney, 2007). Detta förklarades bland annat genom att det var nödvändigt att antingen ta upprepade tupplurar eller sova 20 timmar per dygn (Gledhill, 2005). Upplevelsen av att aldrig vara utvilad jämfördes även med att vara småbarnsförälder, att samtidigt arbeta heltid, sköta hemmet och aldrig få en chans till vila och återhämtning. Patienterna beskrev också att det var viktigt att inte skämmas inför andra, utan att tillåta kroppen den vila den behövde (Wu & McSweeney, 2007).

## **Att uppleva en inre kamp**

### **Uppgivenhet och inre stress**

Patienterna upplevde en uppgivenhet då tillståndet av kronisk trötthet var svårt att påverka och det kändes hopplöst att det tog så lång tid att bli bättre (Bennett et al., 2007; Johansson et al., 2005). CRF upplevdes även som stressande och en patient förklarade det med att det var som att vara på ett sjunkande skepp. Andra beskrev det som att livet hängde på en skör tråd eller att det var som att leva på en knivsegg (Gledhill, 2005). Många gånger kände patienterna skuld, hopplöshet och osäkerhet på grund av att de inte kunde genomföra ens de enklaste uppgifterna (Potter, 2004). Tröttheten gjorde det omöjligt för patienterna att vara så aktiva som de önskade, vilket kunde bidra till en inre stress och det var både deprimerande och nedslående (Johansson et al., 2005; Wu & McSweeney, 2007). Att patienterna tyckte synd om sig själva beskrevs också som en del av CRF (Bennett et al., 2007). Psykiska påfrestningar som sjukdomen förde med sig påverkade den mentala tröttheten negativt. Det kunde yttra sig genom otålighet, irritation, lättretlighet, upprördhet, humörsvängningar samt ilska (Bennett et al., 2007; Gledhill, 2005; Lindqvist et al., 2004; Tsai et al., 2010; Wu & McSweeney, 2007). Patienterna upplevde det nedslående att ständigt känna sig utmattade (Porock & Juenger, 2004). Tröttheten kunde bidra till ett plötsligt behov av att gråta av den orsaken att patienterna var helt känslomässigt slutkörda (Bennett et al., 2007; Wu & McSweeney, 2007). Beskrivningar förekom även om att livslusten var obefintlig, det handlade inte längre om att leva utan endast om att överleva (Gledhill, 2005). Lindrande i denna situation kunde vara att försöka känna hopp och att vara optimistisk, att känna framtidstro var en viktig del till att möjligen kunna känna sig piggare (Johansson et al., 2005; Tsai et al., 2010). En del av

patienterna kände sig dock tvungna att acceptera ödet och ville inte planera framtiden utan levde en dag i taget (Tsai et al., 2007). Samtidigt beskrevs CRF också som ett försvar mot total psykisk kollaps när känslorna avtrubbades, patienterna orkade inte bry sig om vad som hände runt omkring dem (Gledhill, 2005; Wu & McSweeney, 2007).

## **Oro och rädsla**

Den psykiska oron hos patienterna upplevdes som mer ansträngande än den fysiska (Potter, 2004). Även om patienterna mätte bra en stund var tanken en annan, de negativa tankarna tog hela tiden överhand och många existentiella frågor ältades fram och tillbaka. Patienterna ville inte tänka negativt men många hade dock svårt att styra om sina tankar på grund av att de bland annat var rädda för att drabbas av mer uttalad CRF och vad det skulle kunna föra med sig (Potter, 2004). Det fanns även en rädsla för att somna för att de tänkte att de kanske aldrig skulle vakna upp igen (Potter, 2004; Wu & McSweeney, 2007). Dessutom uppgav patienter att oro över situationen orsakade sömnproblem vilket spädde på upplevelsen av CRF än mer (Tsai et al., 2010). Rädslan för att livet skulle ta slut och oron för familjen innebar också en extra påfrestning som påverkade både sömnen och CRF negativt (Spichiger et al., 2012). Det förekom att patienterna upplevde oro och grubblade över sin och sina barns framtid, vilket ledde till tankar om vad som skulle hända barnen när inte de själva levde längre (Gledhill, 2005; Potter, 2004; Tsai et al., 2010).

## **Att inte känna igen sig själv**

### **Upplevd förändrad fysisk förmåga**

Patienterna uppgav att för att överleva och ta sig igenom sjukdom och biverkningar var det nödvändigt att tänka egoistiskt. De ville använda den kraft och ork de hade för de egna behoven och spara sin energi till de aktiviteter som de själva ansåg vara viktigast (Gledhill, 2005; Rosman, 2009; Wu & McSweeney, 2007). Det var också nödvändigt att ta hand om sig själv och göra saker för sin egen skull (Wu & McSweeney, 2007). Dessa aktiviteter fungerade oftast som en energikick men också som energiförbrukare. En av patienterna beskrev situationen med att varje gång den gjorde något roligt så blev konsekvensen att senare bli helt utmattad. Samtidigt uttryckte patienten att det var nödvändigt att njuta av livet också och att för och nackdelar med aktiviteten fick vägas mot varandra (Rosman, 2009). Det blev viktigt att lära sig uppfatta och tolka kroppens signaler och att passa på att göra saker de stunder som patienterna hade energi (Rosman, 2009; Wu & McSweeney, 2007). Kroppen kändes trött och ibland även främmande, patienterna kunde inte längre mäta sig med den person de tidigare hade varit (Johansson et al., 2005; Tsai et al., 2010; Wu & McSweeney, 2007). Patienterna kände sig lata, utbrända eller hade en motvilja att röra på sig (Gledhill, 2005; Tsai et al., 2010). Det framkom att de ofta kände sig helt oinspirerade och oengagerade oberoende av vilken aktivitet det gällde (Gledhill, 2005; Porock & Juenger, 2004; Wu & McSweeney, 2007). En ansträngning som i normala fall genomfördes utan problem, som till exempel att gå upp för trappor eller gå genom ett rum upplevdes som oöverstigligt jobbigt och kunde orsaka andnöd (Gledhill, 2005; Lindqvist et al., 2004; Wu & McSweeney, 2007). Patienterna uppgav sig också vara för trötta för att klara av att gå upp ur sängen (Wu & McSweeney, 2007). Att utföra hushållsarbete och sköta sin personliga hygien kunde också vara outhärdligt jobbigt (Gledhill, 2005; Lindqvist et al., 2004; Potter, 2004; Wu & McSweeney, 2007). Det kunde gå så långt att det enda patienterna klarade av var att antingen sitta helt passiva och bara titta eller vila, alternativt sova (Gledhill, 2005). För att göra det möjligt att arbeta var det viktigt med rutiner som gav möjlighet till vila och det gavs också uttryck för vikten av stimulerande arbetsuppgifter för att kunna upprätthålla koncentrationen (Johansson et al., 2005). Patienter med CRF som fortsatte att arbeta kunde uppleva att arbetet tog all deras energi och att de inte orkade med någonting utöver arbetet (Bennett et al., 2007). Efter att ha arbetat kunde patienterna till exempel komma hem och bokstavligen falla ihop (Bennett et al., 2007; Wu & McSweeney, 2007). Efter

ansträngning upplevdes ofta mer uttalad CRF, men det framkom också att det kunde vara positivt att känna sig trött efter att ha arbetat eller genomfört en aktivitet jämfört med att vara trött utan anledning. Det kunde upplevas lättare att hantera CRF längre in i behandlingen, då patienterna var mer medvetna om CRF och dess uttryck (Wu & McSweeney, 2007). En del av patienterna hade också en känsla av att åldras snabbare och att kroppen förändrades, huden tappade spänst och rynkorna blev djupare (Bennett et al., 2007; Gledhill, 2005). En patient upplevde att kroppen åldrades 15 år under sjukdomsperioden (Bennett et al., 2007).

## **Upplevd förändrad kognitiv förmåga**

Det blev svårare att planera i förväg på grund av att patienterna inte visste hur påverkade de skulle vara av CRF vid en bestämd tidpunkt (Lindqvist et al., 2004). De upplevde också att den kognitiva förmågan till exempel minne, uppmärksamhet, problemlösning blev sämre. Patienterna upplevde att det var svårare att hålla en röd tråd när de skulle säga något och att de lätt tappade ord samt att de hade svårare att formulera sig (Bennett et al., 2007; Gledhill, 2005). De upplevde även ångslan över att riskera att uppfattas som att de inte uppträdde adekvat när de inte klarade av att hänga med i ett resonemang eller en konversation (Gledhill, 2004). Patienterna uttryckte det som att hjärnan inte hängde med, att de inte kunde koncentrera sig på någonting vilket kunde ge en känsla av maktlöshet (Bennett et al., 2007; Spichiger et al., 2012). De beskrev även en ökad tankspriidhet som kunde visa sig genom att de började göra en sak och sedan glömde vad det var och då påbörjade någonting annat (Bennett et al., 2007).

## **Att förlora sin plats i livet**

### **Uppleva utanförskap**

Det förekom att patienterna räknade CRF som en oundviklig del i sin cancersjukdom som det inte fanns någon anledning att prata om, för de ansåg att alla vet hur det känns att vara trött. De tyckte även att det var pinsamt att prata om sina känslor och ville inte bekymra andra. Detta gjorde att de genomled sin obehagliga upplevelser för sig själva (Tsai et al., 2010). Självbilden ändrades också och patienterna kände sig som en helt annan person än den de var innan (Potter, 2004). Det var svårt för dem att inte kunna leva upp till föräldrarollen som de brukade göra (Gledhill, 2005). Patienterna blev därför osäkra på vilken roll de hade i familjen och kände sig istället som en börda (Potter, 2004; Wu & McSweeney, 2007). Dessa känslor kunde leda till att de kände sig utanför och att de inte riktigt hängde med i allt som hände i och omkring familjen (Bennett et al., 2007). CRF påverkade relationerna på alla plan, till barnen, partnern och vännerna (Wu & McSweeney, 2007). Orkeslösheten ledde till social isolering vilket kunde orsaka ångest hos patienter som tidigare varit socialt utåtriktade (Johansson et al., 2005). Tröttheten blev så överhängande att det inte fanns någon ork att umgås eller till engagemang, vilket gav en känslomässig upplevelse av hopplöshet och hjälplöshet (Gledhill, 2005; Johansson et al., 2005; Lindqvist et al., 2004). En patient uttryckte det som att vara tvungen att avstå umgänge, trots trevliga inbjudningar kände den sig tvungen att tacka nej (Bennett et al., 2007). En annan tyckte att det kändes meningslöst att delta i sociala aktiviteter då det inte fanns ork att hänga med i samtal eller aktiviteter (Lindqvist et al., 2004). Samtidigt uttryckte patienterna en vilja att vara ifred och att orken bara räckte till att umgås med de närmaste (Johansson et al., 2005; Porock & Juenger, 2004). Detta kunde leda till ensamhet och isolering samt kunde upplevas som att inte riktigt vara med i livet, att inte vara en del av det eller som att vara i ett vakuum som en patient beskrev det (Bennett et al., 2007; Johansson et al., 2005; Potter, 2004).

### **Upplevd förlorad självständighet**

Patienterna upplevde skuld känslor när de blev beroende av andra (Gledhill, 2005). Samtidigt uppgav patienterna att stödet från familjen var avgörande för att orka med, att det gav styrka så

att de orkade igenom upplevelsen av CRF (Spichiger, 2012; Wu & McSweeney, 2007). De negativa känslor som CRF medförde kunde minskas och bli lättare att hantera genom stöd från anhöriga och vårdpersonal samt av egen viljestyrka och en personlig tro (Porock & Juenger, 2004; Tsai et al., 2010; Wu & McSweeney, 2007). Samtidigt uppgav patienterna att när de blev mer beroende av andra i familjen fick de skuld-känslor över att de utnyttjade och förbrukade även deras energi (Gledhill, 2005; Lindqvist et al., 2004). Det framkom dock att det var positivt om övriga familjemedlemmar engagerade sig för att få familjesituationen att fungera bättre och sätta sig in i sjukdomen (Tsai et al., 2010). Det förekom också situationer då patienterna upplevde brist på stöd och förståelse från anhöriga (Spichiger et al., 2012). Detta kunde bli ännu tydligare när patienterna varit friskförklarade en tid men fortfarande led av CRF. En strategi som framkom för att minska beroendet av andra var att schemalägga vardagen. Det var nödvändigt att sömn, måltider och aktiviteter utfördes på exakta tider (Rosman, 2009). Samtidigt var det viktigt att patienterna accepterade ett ökat behov av stöd och att de var villiga att ta emot hjälp av andra (Spichiger, 2012). Dock upplevdes självförtroendet och självständigheten minska när beroendet av andra ökade och det kändes som en integritetskränkning (Bennett et al., 2007; Potter, 2004). En patient beskrev det ökade hjälpbehovet genom att hon inte klarade av att sträcka sig efter kappan utan maken fick hjälpa henne att ta ner kappan från kroken (Potter, 2004). En annan patient beskrev att hon förlorade en del av sin identitet när hon inte längre kunde köra bil själv utan blev beroende av att någon skjutsade henne (Wu & McSweeney, 2007). Andra patienter uppgav det dock som något positivt att anhöriga skjutsade och då på ett naturligt sätt följde med på läkarbesök och behandlingar (Tsai et al., 2010).

## Diskussion

### Metoddiskussion

För att belysa det aktuella problemområdet valdes att genomföra en litteraturöversikt med kvalitativ ansats. För att svara på syftet hade det varit intressant att utforma en egen empirisk studie på den lokala onkologkliniken, men då tiden för att genomföra en studie på kandidatnivå är begränsad var det mer lämpligt att göra en litteraturöversikt (Segesten, 2006). Syftet ledde fram till sökorden *fatigue* och *cancer-related*, enbart dessa sökord gav för många icke relevanta träffar. För att täcka in syftet bättre kompletterades sökprocessen med bland annat *experience* och *interview* (se bilaga 1). Sökprocessen gav få relevanta träffar vilket påverkar tillförlitligheten i litteraturöversikten. Det sammanlagda urvalet blev dock tillräckligt för att belysa det studerade problemområdet (Forsberg & Wengström 2008). Sökningarna i Cinahl och PubMed gav totalt sex artiklar till resultatet. Referenslistorna i dessa och ytterligare sex artiklar, som inte klarade kvalitetsgranskningen, lästes och därigenom hittades ytterligare tre artiklar som stämde mot syftet och kunde användas. Detta kan betyda att det fanns en brist i de sökord som användes och hur dessa kombinerades. Dessa artiklar borde också kommit med i primärsökningen, när de inte gjorde det påverkar det tillförlitligheten negativt. Eventuellt hade antalet relevanta träffar kunnat ökas genom att utöka tidsspannet men enligt Forsberg och Wengström (2008) ska en litteraturöversikt fokusera på aktuell forskning. Detta var en anledning till att behålla begränsningen i sökprocessen inom den senaste tioårsperioden. Valet att endast inkludera studier med vuxna patienter grundar sig på att cancervården på den lokala onkologkliniken endast är inriktad mot patienter över 18 år. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det viktigt att kunna generalisera en litteraturöversikt till klinisk verksamhet. Därför sågs det som en styrka att studierna var gjorda på olika håll i världen då det svenska samhället idag är mångkulturellt och det då var viktigt att få olika perspektiv på hur CRF kan upplevas. Av de träffar som sökningarna gav var det stora flertalet kvantitativa artiklar som hade studerat funktionen hos olika mätinstrument samt CRF relaterat till olika behandlingsmetoder. Detta bidrog till att så få artiklar i träfflistan var möjliga att använda i resultatet. En av artiklarna i resultatet var skriven på svenska vilket kan vara en nackdel då det minskar sprid-



ningsmöjligheterna av forskningsresultatet (Segesten, 2006). Denna artikel valdes ändå att ingå i urvalet då den svarade väl upp mot litteraturöversiktens syfte. För att styrka tillförlitligheten i resultatet är det viktigt att de inkluderade artiklarna är kvalitetsgranskade då hållbarheten i artikeln kan vara svår att avgöra vid första anblicken (Segesten, 2006). Precis som de övriga nio artiklarna i resultatet gick den igenom kvalitetsgranskningen (se bilaga 2). Att använda kvalitativa studier i en litteraturöversikt kan innebära en risk då analysen bygger på material som i sin tur redan är tolkat av någon annan. Resultatet och trovärdigheten kan påverkas då forskarna som gjorde de ursprungliga studierna tolkade in sina erfarenheter. I litteraturöversiktens dataanalys tillkommer andras perspektiv och förståelse med i tolkningen. I analysfasen visade det sig dock att artiklarna gav en samstämmig bild av hur CRF upplevs. Detta visar på hög trovärdighet då förutfattade meningar hos de som gjort studierna som ligger till grund för litteraturöversikten till synes inte har påverkat respektive resultat (Forsberg & Wengstöm, 2008). Det var svårt att få ut vilka känslor som patienterna upplevde då de oftare använde metaforer eller jämförde med tidigare erfarenheter och vilka konsekvenser det förde med sig. De ord och fraser som togs ut visade sig ändå vara liknande vilket gjorde det möjligt att urskilja teman som i sin tur kunde skapa kategorier. Dock var det svårt att sätta gränsen mellan olika kategorier då de gick in i varandra och därför kunde passa in under flera kategorier.

## **Resultatdiskussion**

De artiklar som låg till grund för resultatet i denna litteraturöversikt beskrev till stor del en samstämmig bild av hur patienterna upplevde att drabbas av CRF. Genomgående tyckte patienterna att CRF innefattade mer än att bara vara trött, det omfattade hela livet och hela känsleregistret. CRF upplevdes som en extrem energilöshet som var svår att beskriva med ord och skiljde sig från tidigare erfarenheter. Patienterna som drabbades av CRF fick ett ökat behov av sömn och vila som var svårt att tillgodose och de kände sig aldrig utvilade. Detta ledde till att patienterna kände sig frustrerade och oroliga. Det väckte även många negativa tankar och det var svårt för patienterna att se hoppfullt på framtiden. Patienterna hade det även svårt att leva upp till sin roll i livet och kände sig distanserade och behövde därför stöd och hjälp att hitta sin plats igen.

### **Att känna sig helt utmattad**

Tröttheten patienterna upplevde vid CRF var svår att sätta i relation till tidigare erfarenheter. Scott, Lasch, Barsevick & Piault-Louis (2011) säger att det är en onormal och annorlunda trötthet som patienterna upplever vid CRF. Enligt Curt et al. (2000) pratar 80 % inte om sin CRF med vårdpersonalen. En stor del av dessa patienter tar inte upp frågan då de tror att de vet vilka svar de ska få, att det är behandlingsrelaterat och inte går att göra något åt. En studie av Ellis (2012) visar att det är vanligt att symtom som patienter med cancer har inte uppmärksammas av vårdpersonalen. När inte patienterna tar upp frågan är det nödvändigt att vårdpersonalen gör det, inte minst när det gäller ett så vanligt symtom som CRF (Ahlberg et al. 2003). Travelbee (1971) menar att omvårdnadsbehoven måste identifieras och bekräftas hos patienterna. Nyckeln till god omvårdnad ligger i bra kommunikation (Suija et al., 2012, Travelbee, 1971). För att förstå varandra är det av betydelse att bygga upp en trygg relation som underlättar att kommunikationen förs på rätt nivå (Travelbee, 1971). Patienterna saknar strategier för att motverka och hantera sin CRF (Saarik & Hartley, 2010). Det framkom att sömn och vila inte hjälpte och att patienterna upplevde att de aldrig känner sig utvilade oavsett hur mycket sömn de fick. Detta styrks av en studie som visar att CRF kvarstår även efter adekvat vila, vilket pekar på att vila inte ska rekommenderas för att motverka CRF (Scott et al., 2011). Trots det visar Curt et al. (2000) att 37 % av patienterna svarar att de fått rådet att vila för att motverka CRF. Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård (2011) menar istället att träning efter patientens förmåga ska rekommenderas för att hitta en balans mellan aktivitet och vila. Det är bevisat att patienterna har nytta av fysisk aktivitet både under och efter cancerbehandlingen för att klara av att hantera sin CRF (Berger et al., 2012). Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan motivera patienterna till hälsosamma vanor. Trots detta

har ingen av patienterna fått rekommendationen att aktivera sig (Curt et al. 2000). Detta tyder på brister i vårdpersonalens kunskaper om CRF och visar att mer utbildning behövs. Literaturöversikten visade dock att en del av patienterna på eget bevåg aktiverade sig och vägrade låta CRF styra deras liv. Samtidigt visade också resultatet att alla patienter inte klarade av att fortsätta som vanligt på grund av minskad fysisk förmåga. Saarik och Hartley (2010) påvisar också i sin studie att patienterna saknar kraft och inspiration till aktivitet. Problemet med ett ökat sömnbehov som är svårt att tillgodose och med sömn som inte ger återhämtning ligger till grund för övriga problem relaterade till CRF. När patienten är utmattad minskar försvaret mot psykiska påfrestningar och destruktiva tankar uppkommer lättare. Problemen vid CRF går i varandra och blir en negativ spiral vilket gör att patienten upplever än mer uttalad CRF (Ahlberg et al., 2003). Resultatet visade att CRF orsakade oro som i sin tur gjorde det svårt för patienterna att tillgodogöra sig sömnbehovet. Samtidigt skriver Berger et al. (2012) att patientens sömnproblem orsakar oro. Denna svåra situation ger ett stort omvårdnadsbehov hos patienterna som det är viktigt att sjuksköterskan kan bemöta för att förebygga lidande (Travelbee, 1971).

### **Att uppleva en inre kamp**

Den psykiska oron var värre för patienterna än de fysiska komplikationer som CRF förde med sig. Ahlberg et al. (2003) och Madden och Newton (2006) anser att CRF är förenat med stress för patienterna. Även Rao och Cohen (2008) och Berger et al. (2012) påvisar detta och Missel och Birkelund (2012) menar att ett cancerbesked för med sig känslomässigt kaos och rädsla. Patienterna beskrev också en mental trötthet. Detta bidrar till att patienternas marginaler krymper och att de blir mycket ömtåligare och skörare. Scott et al. (2011) skriver att patienternas känsloliv inte längre fungerar som tidigare. På grund av detta blir det svårare för dem att möta motstånd och ta konflikter. Litteraturöversikten visade att konflikt med barnen kunde uppkomma när patienterna inte ville ta emot behandling. En sådan konflikt med de närmaste anhöriga kan leda till ökad stress och ökad CRF för patienten som då får det än svårare att hantera situationen. Sjuksköterskan måste vara lyhörd för situationer som denna och bör fungera som en medlare mellan barn och förälder för att minska denna stress och lidande (Socialstyrelsen, 2005). För att det ska vara möjligt är det nödvändigt att patienten och sjuksköterskan har byggt upp en relation och att även de anhöriga finns med i denna interaktion (Travelbee, 1971). Det framkom att patienterna kände oro över framtiden, både för sig själva och för andra. Det har även visat sig att patienterna har svårt att se situationen i ett större sammanhang och att allting är svart eller vitt (Saarik & Hartley 2010). För att patienten i den situationen ska ha möjlighet att känna hopp och framtidstro behövs stöd och hjälp. För att hjälpa patienten är det viktigt att se det som är positivt som till exempel att visa på det friska och ta tillvara på det. Att informera om hur CRF hänger ihop med sjukdom och behandling är också viktigt för att patienten ska kunna känna framtidstro (International Council of Nurses, 2012). Samtidigt visade resultatet att det kunde finnas en mening med att inte tänka så mycket på framtiden utan att istället acceptera situationen och leva i nuet. Som Travelbee (1971) skriver så kan det vara lättare att ta sig igenom lidandet om upplevelserna som sjukdomen för med sig accepteras. Dock får detta inte orsaka att problemen inte åtgärdas. Skillnaden blir istället att åtgärder vidtas när problemen uppkommer istället för att fundera över och planera för vilka tänkbara situationer och problem som kan uppkomma. Travelbee (1971) menar att det är viktigt att finna mening med det människan får uppleva och erfara. Av resultatet framgår att patienterna söker efter förklaringar som ger lidandet mening när CRF sågs som något positivt som motverkade en total psykisk kollaps hos patienterna. Suija et al. (2012) skriver att patienterna gärna vill hitta förklaringar till cancersjukdomen som går att skylla på. Detta sökande efter eventuella förklaringar kan kopplas till att när patienterna hittar en mening med lidandet blir det även lättare för dem att acceptera det. Scott et al. (2011) anser också på att patienter som accepterar sin CRF och vad den för med sig lättare anpassar sig till sina nya förutsättningar. Detta i sin tur gör det alltså lättare för dem att acceptera lidandet.

## **Att inte känna igen sig själv**

Patienterna hade svårigheter att känna igen sig själva och de upplevde att de befann sig i en främmande kropp som inte längre gick att styra. Studierna av Curt et al. (2000) och Saarik och Hartley (2010) visar på samma resultat att patienterna är förhindrade att leva ett normalt liv på grund av sin CRF. För att kunna ta sig igenom sin sjukdomsperiod framkom att det var viktigt för dem att tänka mycket på sig själva vilket ledde till att de upplevde en högre livskvalitet när de orkade göra sådant de tyckte var roligt. Det var även viktigt att fortsätta med sina dagliga rutiner som att gå till arbetet. Att fortsätta arbeta kan vara ett sätt för dem att motverka förluster och lindra lidandet (Travelbee, 1971). För att de ska kunna arbeta och orka med de uppgifter de är ålagda att göra är det viktigt för dem att de kan ta tupplurar på sitt arbete men detta kan vara svårt för arbetsgivaren att infria. Curt et al. (2000) menar att 75% av patienterna förändrar sina arbetsuppgifter efter hur CRF påverkar dem, 20% av patienterna slutar helt att arbeta. Detta påverkar naturligtvis självkänslan och det blir en större stress, vilket även påverkar inkomsten. Det är viktigt att sjuksköterskan identifierar och pratar med patienten om deras upplevelser av situationen. När problemen identifierats måste lämpliga åtgärder vidtas (Travelbee, 1971). Patienter med cancer behöver mycket information om sin sjukdom och behandlingen och enligt ICN:s etiska kod ska patienten få all information den behöver för att kunna vara delaktig i behandlingen och omvårdnaden (Suija et al., 2012, International Council of Nurses, 2012). Det visar sig även att patienter med cancer över lag vill ha tydliga riktlinjer att följa (Suija et al., 2012). Vad gäller patienter med CRF så kan mängden med information bli för svår att hantera då litteraturöversikten visade att patienterna hade koncentrationssvårigheter och nedsatt kognitiv förmåga. För att kunna tillgodose patienternas behov måste sjuksköterskan ha en bra grund att stå på för att ha möjlighet att lotsa patienterna och möta deras frågor. Sjuksköterskan ska enligt Travelbee (1971) identifiera och bemöta patienternas omvårdnadsbehov. Omvårdnaden ska fokusera på hur patienten upplever situationen och vad CRF får för konsekvenser för just den specifika individen (Suija et al., 2012; Travelbee, 1971). Därför måste sjuksköterskan bli bättre på att identifiera CRF och sedan bekräfta detta hos patienten. Att sjuksköterskan utökar sin kunskap om CRF är nödvändigt för att kunna hjälpa patienterna på rätt sätt. Enligt Travelbee (1971) kan sjuksköterskan antingen använda omvårdnadsmetoder eller koppla in andra professioner. Att professionerna tar hjälp av varandras kunskaper och specialiteter borde vara självklart och även Suija et al. (2012) anser att samarbete är viktigt för att patienterna ska få bästa möjliga omhändertagande.

## **Att förlora sin plats i livet**

Stödet från omgivningen var avgörande för hur patienterna klarade av situationen men att detta kunde upplevas som en integritetskränkning för patienterna. När de inte längre kan klara sig självständigt upplevs en stor förlust för patienterna som kan orsaka lidande. Patienterna måste acceptera ett ökat stödbehov och förstå att det inte är något att skämmas över. Sjukdomsupplevelsen kan även öka i takt med att hjälpbehovet ökar vilket också bidrar till ett ökat lidande. Detta lidande ska sjuksköterskan förebygga eller finna en mening till (Travelbee, 1971). Patienterna upplevde att de hade förlorat sin sociala roll, därför kan de behöva arbeta med sig själva för att hitta sin nya roll i livet. Det blev även viktigt med rutiner för att försöka minska beroendet av andra. Sjuksköterskan ska finnas till hands för att stödja och att hjälpa patienterna att acceptera den nya situationen och hjälpa patienten att hitta rutiner i vardagen (Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård, 2011; Travelbee, 1971). Många patienter förknippar sin upplevelse av CRF helt med cancerbehandlingen och tror därför att besvären ska avta i samband med att behandlingen avslutas (Scott et al. 2011). I resultatet framkom att det fanns en längtan hos patienterna att bli av med besvären som kan kopplas samman med att de önskade återgå till sitt vanliga liv. En studie av Saarik och Hartley (2010) visar till exempel att patienterna uppger att de vill orka med mer än att bara arbeta. Denna inställning hos patienterna är viktig för att de ska kunna se framåt, men de behöver information om att det kan ta lång tid att ta sig dit då besvären kan finnas kvar länge (Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcancervård, 2011). Ett av fynden i

resultatet var att de anhörigas förståelse för patienternas upplevelse av CRF minskade när patienterna är friskförklarade. Därför är det viktigt att även informera anhöriga om att CRF inte alltid går över i samband med att behandlingen avslutas.

## **Förslag på vidare forskning**

För att få en helhetsbild över patienternas situation skulle det vara intressant att göra en liknande studie utifrån anhörigas perspektiv. Att belysa vilka upplevelser det för med sig att vara nära en patient som lider av CRF. I litteraturoversikten framkommer det att CRF kan lindras genom att hitta en balans mellan fysisk aktivitet och vila. Med bakgrund av detta kan vidare forskning genomföras som interventionsstudier för att utröna vilka aktiviteter som kan vara lämpliga vid CRF. Som det framkommer i bakgrunden så beror CRF på både sjukdom och behandling, men det är svårt att specificera orsakerna. Det skulle vara lättare att hjälpa patienterna om det gick att hitta de direkta orsakerna till CRF. Därför behövs vidare forskning för att klargöra detta.

## **Slutsatser**

Litteraturoversikten visar att patienter som drabbas av CRF upplever något som de tidigare aldrig har upplevt och att det är det mest nedslående symtomet under sjukdomsperioden. Patienterna upplever sig förändrade som personer och känner trötthet, oro och utanförskap. Alla symtomen påverkar varandra i en negativ spiral och bidrar till att CRF upplevs så intensivt. Det är svårt för patienterna att hantera sin situation och CRF för med sig konsekvenser för hela livet. För att motverka detta är det viktigt att patienterna får stöd från anhöriga och vårdpersonal. För att sjuksköterskan ska kunna informera patienterna om CRF på ett bra sätt och kunna vara ett bra stöd behöver sjuksköterskan mer utbildning inom området. Det är också viktigt att patienterna tänker på sig själva i första hand, att de gör saker för sin egen skull och vilar när det behövs. Det är svårt för patienterna att göra något impulsivt då planering av vardagen är ett sätt att hantera situationen. Patienter som kan känna hopp om att bli bättre och kan känna framtidstro kan lättare hantera sin CRF.

## **Kliniska implikationer**

Litteraturoversikten kan bidra till att sjuksköterskan får ökad kunskap om och förståelse för hur patienter upplever CRF. Sjuksköterskan ska identifiera patienternas behov och måste därför bli mer medveten om de problem som patienterna har med att förmedla sina upplevelser och besvär. När sjuksköterskan vet hur patienterna upplever situationen och vilka symtom det kan medföra blir det lättare att veta vad de ska informera patienterna om angående CRF. Litteraturoversikten visar på att sjuksköterskan ska ta tillvara på det friska hos patienterna och vara till stöd och hjälp till att hitta en balans mellan aktivitet och vila. Det måste finnas kunskap i verksamheten om att det inte är vila som ska rekommenderas i första hand, utan istället lägga tyngdpunkten på att få patienterna att aktivera sig.

## Referenser

- Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johanson, & Mock, V. (2003). Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *The Lancet*, 362, 640-650.
- Ardron, D., & Kendall, M. (2010). Patient and public involvement in health research: what is it, and why is it so important?. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(5), 160-162.
- Ballester, I., Oliver, V., Bañuls, J., Moragón, M., Valcuende, F., Botella-Estrada, R., & Nagore, E. (2012). Multicenter Case-Control Study of Risk Factors for Cutaneous Melanoma in Valencia, Spain. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 103(9), 790-797.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bennett, B., Goldstein, D., Friedlander, M., Hickie, I., & Lloyd, A. (2007) The experience of cancer-related fatigue and Chronic fatigue syndrome: a qualitative och comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(2), 126-135.
- Berger, A. M., Gerber, L. H., & Mayer, D. K. (2012). Cancer-Related Fatigue. *Cancer*, 2261-2269.
- Bosch, F. X., Lorincz, A., Muñoz, N., Meijer, C. J. L. M., & Shah K. V. (2002). The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*, 55, 244–265.
- Curt, G. A., Breitvart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, L. M., ... Vogelzang, N. J. (2000). Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5, 335-360.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 17-26). Lund: Studentlitteratur.
- Ellis, J. (2012). The impact of lung cancer on patients and carers. *Chronic Respiratory Disease*, 9(1), 39-47.
- Engholm, G., Ferlay, J., Christensen, N., Bray, F., Gjerstorff, M. L., Klint, Å., ... Storm, H. H. (2010). NORDCAN – a Nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. *Acta Oncologica*, 49, 725–736.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Gawron, A., Hou, L., Ning, H., Berry, J. D., & Lloyd-Jones D. M. (2012). Lifetime risk for cancer death by sex and smoking status: the lifetime risk pooling project. *Cancer Causes Control*, 23, 1729–1737.

- Gledhill, J. (2005). A qualitative study of the characteristics and representation of fatigue in a French speaking population of cancer patients and healthy subjects. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, 294-312.
- Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of Cancer: The Next Generation. *Cell*, 144, 646-674.
- Hawthorn, M. (2010). Fatigue in patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(11), 536-541.
- IARC – international agency for research on cancer. (2010). GLOBOCAN 2008. Hämtad 2012-10-18, från <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- International Council of Nurses. (2012). The ICN code of ethics for nurses. Hämtad 2012-11-30, från [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/Code%20of%20Ethics%202012%20for%20web.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/Code%20of%20Ethics%202012%20for%20web.pdf)
- Johansson, Å., Svensson, E., & Axelsson, L. (2005). Social isolering – ett problem hos cancerpatienter med fatigue. *Vård i Norden*, 25(4), 60-63.
- Johnson R. L., Amin A. R., & Matzo M. (2012). Cancer-Related Fatigue. *American Journal of Nursing*, 4, 57-60.
- Key, T. J., Schatzkin, A., Willett, W. C., Allen, N. E., Spencer, E. A., & Travis, R. C. (2004) Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutrition*, 7(1A), 187–200.
- Ledningsgruppen för sjuksköterskor i bröstcervård. (2011). *Omvårdnad vid Bröstcancer – nationellt vårdprogram 2011*. Hämtad 2012-11-30 från [http://www.swebcg.se/Files/Docs/Omv%C3%A5rdnad\\_vid\\_br%C3%B6stcancer\\_2011.pdf](http://www.swebcg.se/Files/Docs/Omv%C3%A5rdnad_vid_br%C3%B6stcancer_2011.pdf)
- Lindqvist, O., Widmark, A., & Rasmussen, B. H. (2004). Meanings of the phenomenon of fatigue as narrated by 4 patients with cancer in palliative care. *Cancer Nursing*, 27(3), 237-243.
- Madden, J., & Newton, S. (2006). Why Am I So Tired All the Time? Understanding Cancer-Related Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 659-661.
- Missel, M., & Birkelund, R. (2011) Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 296-301.
- Morrow, G., Shelke, A., Roscoe, J., Hickok, J., & Mustian, K. (2005). Management of Cancer-related Fatigue. *Cancer Investigation*, 23(3), 229-239.
- Oldham, R. K., & Dillman, R. O. (2008). Monoclonal Antibodies in Cancer Therapy: 25 Years of Progress. *Journal of Clinical Oncology*, 26(11), 1774-1777.
- Paschoin de Olivera Campos, M., Hassan, B. J., Riechelmann, R., & del Giglio, A. (2011). Cancer-related fatigue: a review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(2), 206-214.
- Porock, D., & Juenger, J. A. (2004). Just go with the flow: a qualitative study of fatigue in biotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 13(4), 356-361.

- Potter, J. (2004). Fatigue experience in advanced cancer: a phenomenological approach. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1), 15-23.
- Rao, A. V., & Cohen, H. J. (2008). Fatigue in Older Cancer Patients: Etiology, Assessment, and Treatment. *Seminars in Oncology*, 35(6), 633-642.
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 519-529.
- Rosman, S. (2009). 'Recovered from cancer but still ill': strategies used to legitimise extreme persistent fatigue in disease-free cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 18, 28-36.
- Saarik, J., & Hartley, J. (2010) Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(1), 6-12.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). SBU-rapport nr 155. Cytostatikabehandling vid cancer (volym I). Hämtad 2012-11-20, från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/cytostatika\\_2001/cytostatikafull.html](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/cytostatika_2001/cytostatikafull.html)
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). SBU-rapport nr 162. Strålbehandling vid cancer – En systematisk litteraturöversikt. Hämtad 2012-11-20, från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/stralbehandling\\_2003/stralfull.html](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/stralbehandling_2003/stralfull.html)
- Scott, J. A., Lasch, K. E., Barsevick, A. M., & Piau-Louis, E. (2011). Patients' Experiences With Cancer-Related Fatigue: A Review and Synthesis of qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 191-203.
- Segesten, K. (2006). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-44). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-11-29 från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen. (2010). *Cancer Incidence in Sweden 2010*. Hämtad 2012-11-29 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18530/2011-12-15.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). *Cancer i Sverige. Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning*. Hämtad 2012-11-29 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18274/2011-3-26.pdf>
- Spichiger, E., Rieder, E., Müller-Fröhlich, C., & Kesselring, A. (2012). Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 165-171.
- Suija, K., Ilves, K., Ööpik, P., Maaros, H-I., & Kalda, R. (2012). Patients' experience with cancer care: A qualitative study in family practice. *European Journal of General Practice, Early Online*, 1-6.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis, cop.

Tsai, S., Lin, H., Chao, T., & Lin, P. (2010). The fatigue experiences of older Taiwanese women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 867-875.

Trolle Lagerros, Y. (2008). Riskfaktorer och cancerprevention. I U. Ringborg, T. Dalianis, & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s. 26-31). Stockholm: Liber.

Wiseman, M. (2008). The Second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Expert Report. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67, 253–256.

Wu, H., & McSweeney, M. (2007). Cancer-related fatigue: "it's so much more than just being tired". *European Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 117-125.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.



# Bilagor

## Bilaga 1 Söktabell

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Granskade abstract, dubletter exkluderades	Lästa artiklar	Till resultatet
Cinahl	1. Fatigue	5299				
	2. Cancer related	729				
	3. Experience	21436				
	4. Interview	20957				
	5. Perception	11284				
	6. Daily living	8720				
	7. Description	2863				
	8. Narrative	1213				
Cinahl	1+2+3	23	23	6	2	2
	1+2+3 trunkerade	46	46	2	-	-
	1+2+4	16	16	4	2	-
	1+2+4 trunkerade	24	24	-	-	-
	1+2+5	5	5	-	-	-
	1+2+5 trunkerade	11	11	-	-	-
	1+2+6	5	5	-	-	-
	1+2+6 trunkerade	5	5	-	-	-
	1+2+7	1	1	-	-	-
	1+2+7 trunkerade	-	-	-	-	-
	1+2+8	-	-	-	-	-
1+2+8 trunkerade	-	-	-	-	-	
Totalt				12	4	2

Bilaga 1 fortsättning

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Granskade abstract, dubletter exkluderades	Lästa artiklar	Till resultatet
PubMed	1. Fatigue	16570				
	2. Cancer related	45617				
	3. Experience	76185				
	4. Interview	43115				
	5. Perception	79645				
	6. Daily living	28438				
	7. Description	9725				
	8. Narrative	3042				
PubMed	1+2+3	160	160	43	6	2
	1+2+3 trunkerade	393	393	25	5	1
	1+2+4	66	66	12	2	
	1+2+4 trunkerade	102	102	7	1	1
	1+2+5	38	38	2	-	-
	1+2+5 trunkerade	49	49	-	-	-
	1+2+6	70	70	7	1	-
	1+2+6 trunkerade	76	76	-	-	-
	1+2+7	2	2	-	-	-
	1+2+7 trunkerade	57	57	4	-	-
	1+2+8	5	5	1	-	-
	1+2+8 trunkerade	5	5	-	-	-
<b>Totalt</b>				<b>101</b>	<b>15</b>	<b>4</b>

## Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

### Del I.

#### Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrunden? Nej	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är syftet relevant till ert examensarbete?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är urvalet beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

---

### Del II

#### Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Hänger metod och syfte ihop? (Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs dataanalysen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Förs det några etiska resonemang? Nej	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Diskuteras tillförlitlighet och trovärdighet i metoddiskussionen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Sker återkoppling till teoretisk utgångspunkt i diskussionen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Är resultatet relevant för ert syfte?  
Om ja, beskriv:

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

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

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

Forskningsmetod (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....  
.....

Patientkaraktäristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: .....

Bilaga 3  
 Artikelmatris

Författare	Titeln	Tidskrift, år, och land	Syfte	Metod	Resultat
Bennett, B., Goldstein, D., Friedlander, M., Hickie, I., & Lloyd, A.	The experience of cancer-related fatigue and chronic fatigue syndrome: A qualitative and comparative study.	Journal of Pain and Symptom Management, 2007, Australien.	Syftet var att beskriva karakteristika hos oförklarligt fatiguetillstånd som följer lyckad behandling av bröstcancer i tidigt stadium och jämföra dessa karakteristika hos kvinnor diagnostiserade med CFS (Chronic Fatigue Syndrome).	Intervjuer med öppna frågor. Urval: 16 kvinnor med CRF, 43-71 år & 12 kvinnor med CFS, 31-67 år. Bröstcancer. Grundad teori.	Resultatet för patienterna med CRF tar upp ökad trötthet och sömnproblem, att den kognitiva förmågan och humöret påverkas negativt. Resultatet som berör CFS tar också upp diverse konsekvenser men inget från detta finns med i litteraturoversikten.
Gledhill, J.	A qualitative study of the characteristics and representation of fatigue in a French speaking population of cancer patients and healthy subjects.	European Journal of Oncology Nursing, 2005, Frankrike.	Syftet med studien var att utforska skillnader i hur fatigue visar sig hos cancerpatienter respektive individer utan kronisk sjukdom.	Semistrukturerade intervjuer. Urval: 14 kvinnor & 10 män med CRF, 38-78 år. 12 kvinnor & 12 män utan CRF, 24-72 år. Olika cancerdiagnoser. Grundad teori.	Resultatet gällande CRF delas in i 3 dimensioner: fysisk, känslomässig och kognitiv och beskriver hur dessa hänger ihop och påverkar varandra. Resultatet som inte berör CRF ställs upp på liknande sätt men inget från detta finns med i litteraturoversikten.
Johansson, Å., Svensson, E., & Axelsson, L.	Social isolering – ett omvårdnadsproblem hos cancerpatienter med fatigue.	Vård i Norden, 2005, Sverige.	Syftet var att undersöka vad fenomenet fatigue i dagligt liv kan betyda för en grupp individer med cancerdiagnos.	Intervjuer med öppna frågor. Urval: 3 kvinnor & 3 män, 47-63 år. Okända cancerdiagnoser. Grundad teori.	Resultatet påvisade att CRF förde med sig negativa konsekvenser och upplevelser samt gjorde det nödvändigt för patienterna att anpassa sig vilket tillsammans orsakade social isolering.
Lindqvist, O., Widmark, A., & Rasmussen, B. H.	Meanings of the phenomenon of fatigue as narrated by 4 patients with cancer in palliative care.	Cancer Nursing, 2004, Sverige.	Syftet med studien var att belysa innebörden av fenomenet fatigue så som det beskrivs av patienter med cancer i palliativa vård.	Intervjuer med öppna frågor. Urval: 3 kvinnor & 1 man, 39-90 år. Olika cancerdiagnoser. Fenomenologisk-hermeneutisk analysmetod.	Två huvudteman delade in resultatet: CRF orsakade att patienterna kände sig oförmögna att leva det liv de ville samt att de längtade efter ett liv utan sin cancersjukdom.
Porock, D., & Juenger, J. A.	Just go with the flow: a qualitative study of fatigue in biotherapy.	European Journal of Cancer Care, 2004, USA.	Syftet med studien var att beskriva och utforska upplevelsen av fatigue hos patienter som fått immunterapi	Intervjuer med öppna frågor. Urval: 3 kvinnor & 7 män, 30-62 år. Malignt melanom & njurcancer. Innehållsanalys.	Det framkom att CRF påverkar hela livet och orsakar sömnstörningar. Informationsbehovet är stort och patienterna ger gärna råd till kommande patienter hur de ska hantera situationen.

Författare	Titeln	Tidskrift, år, och land	Syfte	Metod	Resultat
Potter, J.	Fatigue experience in advanced cancer: a phenomenological approach.	International Journal of Palliative Care, 2004, Storbritannien.	Syftet var att beskriva upplevelsen av fatigue hos patienter med långt framskriden cancer.	Semistrukturerade intervjuer. 4 kvinnor & 2 män, 46-74 år. Olika cancerdiagnoser, inskrivna i palliativ vård. Innehållsanalys.	Resultatet visade på fysiska, psykiska, sociala och andliga konsekvenser samt hur patienterna kämpade för att hantera sin CRF.
Rosman, S.	'Recovered from cancer but still ill': strategies used to legitimise extreme persistent fatigue in disease-free cancer patients.	European Journal of Cancer Care, 2009, Nederländerna.	Syftet med studien var att analysera upplevelsen hos tidigare cancerpatienter som flera år efter att de friskförklarats fortfarande lider av svår och ihållande fatigue.	Semistrukturerade intervjuer. 12 kvinnor, 25-62 år. Olika cancerdiagnoser. Grundad teori.	Resultatet visade att patienterna har svårt att hitta tillbaka till ett normalt liv och att deras ihållande CRF är ett stort hinder för dem. Patienterna beskriver hur de försöker hantera situationen och anpassa sig.
Spichiger, E., Rieder, E., Müller-Fröhlich, C., & Kesselring, A.	Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study.	European Journal of Oncology Nursing, 2012, Schweiz.	Syftet med studien var att utforska kemoterapimottagarens aktuella perspektiv angående fatigue, med tyngdpunkt på kommunikationen med vårdpersonal, egenvård och hur effektiva dessa åtgärder upplevs.	Intervjuer med öppna frågor. Urval: 11 kvinnor & 8 män, 23-77 år. Olika cancerdiagnoser. Grundad teori.	Resultatet påvisade att upplevelsen av CRF påverkas av vilken information patienterna får, hur väl de kan hantera sin CRF och anpassa sig, hur situationen ser ut runt omkring och vad de får för stöd och hjälp
Tsai, S., Lin, H., Chao, T., & Lin, P.	The fatigue experience of older Taiwanese women with breast cancer.	Journal of Clinical Nursing, 2010, Taiwan.	Syftet var att utforska upplevelsen av fatigue hos äldre Taiwanesiska kvinnor med bröstcancer.	Semistrukturerade intervjuer. Urval: 15 kvinnor, 65-82 år. Bröstcancer. Innehållsanalys.	Resultatet beskrev vad patienterna upplever att CRF orsakas av, hur de uppfattar sin CRF samt hur de hanterar den.
Wu, H., & McSweeney, M.	Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired."	European Journal of Oncology Nursing, 2007, USA.	Syftet var att utforska betydelsen av CRF utifrån patienternas upplevelser och perspektiv i USA.	Intervjuer med öppna frågor, deltagarna fick även föra dagbok i 2 veckor. Urval: 10 kvinnor, 30-73 år. Bröstcancer och lymfom. Innehållsanalys.	Resultatets huvuddelar är att CRF är svårt att jämföra med tidigare erfarenheter, att det medför fysiska och psykiska konsekvenser samt påverkar hela livet vilket gör att patienterna behöver hitta en ny roll i livet.