

Patienters upplevelse av trötthet

En kvantitativ punktprevalensstudie vid tre olika
vårdavdelningar

FÖRFATTARE	Jon Edqvist
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad OM5250, HT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristin Falk
EXAMINATOR	Karin Ahlberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Patienters upplevelse av trötthet en dag på sjukhus – En kvantitativ punktprevalensstudie vid tre olika vårdavdelningar
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng
kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Jon Edqvist
Handledare:	Kristin Falk
Examinator:	Karin Ahlberg

Abstract

I en tid då sjukhusavdelningarna upplever ett åldrande patientklientel och patienttrycket är högt skall vården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset enligt ledningen, vara personcentrerad och patientens berättelse ligga i fokus för en god patientvård. Denna uppsats fokuserar kring patienters upplevelse av symtomet Fatigue (Kronisk trötthet) under en dag på sjukhus. Syftet är att beskriva frekvens och intensitet av kronisk trötthet, samt korrelation med socioekonomisk situation och andra parallellt förekommande symtom. En pilotstudie genomfördes som en punktprevalensstudie i december 2010, med syfte att kartlägga patientdemografi och symtomförekomst hos 41 stycken inlagda patienter på tre vårdavdelningar. Därefter har en statistisk analys utförts och presenterats som resultat. Resultatet visade att av de 41 patienter som undersöktes svarade 33 stycken att de upplevde trötthet. Intensiteten de upplevde var i snitt 6,91 med en standardavvikelse på 2,417. Dessa patienter upplevde ett besvär på 6,98 med en standardavvikelse på 3,260. Resultatet kunde inte korreleras till socioekonomiska parametrar utan visar en signifikant korrelation mellan intensiv trötthet och intensivt illamående och en tydlig tendens till att kunna kopplas till intensiv smärta. Resultatet visar även en signifikant korrelation mellan besvärande trötthet och sömnsvårigheter. Diskussionen grundar sig på vetenskaplig litteratur som funnits genom en systematisk litteratursökning. Denna diskuterar den funna prevalensen av trötthet samt signifikanta korrelationer mellan trötthet och andra symtom. Denna studie visar att trötthet är ett högprevalent symtom på tre specialistkliniker vid SU. Det finns patienter som rapporterar att tröttheten är det som besvärar dem allra mest, och funna sökta vetenskapliga artiklar belyser trötthet och dess negativa påverkan på livskvalité. De sökta artiklarna visar på spridda samband mellan trötthet och andra symtom och de interventioner som föreslås relaterar ofta till information om symtomet samt patientens förmåga att hantera symtom.

Tack till min handledare Kristin Falk och examinator Karin Ahlberg för att ni handlett, examinerat uppsatsen. Tack även till forskargruppen Ipc2 som jag fått möjlighet att arbeta med det senaste året och som inspirerat mig till denna uppsats!

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	4
Inledning	4
BAKGRUND	
Ohälsa	4
Symtom	4
Fatigue	5
Personcentrerad vård	6
SYFTE	
Syfte	7
METOD	
Upplägg och syfte	7
Datainsamling via studenter	8
Urval	8
Frågeformulär	8
Statistisk analys	9
Sökning av litteratur	9
RESULTAT	
Demografi och population (Tabell 1,2)	10
Trötthet intensitet/besvär relaterat till socioekonomisk situation (Tabell 3)	10
Prevalens (Tabell 4)	10
Intensitet/Besvär (Tabell 5)	11
Korrelation trötthet/intensitet med andra rapporterade symtom (Tabell 6)	11
Korrelation trötthet/besvär (Tabell 7)	12
Spridning över kliniker (Tabell 8)	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
Hög prevalens av trötthet	13
Upplevelsen av trötthet	14
Prediktorer för kronisk trötthet	14
Personcentrerad vård och interventioner för kronisk trötthet	15
Skillnader mellan medicinska specialiteter	16
SLUTSATS	16
REFERENSER	18
BILAGOR	
1. Använda artiklar efter litteratursökning	20
2. Frågeformulär	21

Introduktion

Inledning

Den moderna sjukhusvården är idag inriktad på korta vårdtider och akut högspecialiserad vård. Sjukhusen behandlar ofta akuta och svåra sjukdomstillstånd där patienter slussas mellan olika behandlingar och avdelningar. På sjukhusen råder överbeläggning och en ständig press från politiker, åtstramad budget och minimal bemanning. Pressen på enheterna är stor att hålla uppe produktionsmål och effektivitet. På Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU) egen hemsida framgår samtidigt att många avdelningar utgår från en så kallad personcentrerad vård där patienten och dennes berättelse står i fokus för behandlingen. Många av de patienter som ligger inne på sjukhus lider av multisjuklighet och olika former av kroniska sjukdomar, vilket innebär att de också lider av ett flertal olika symtom. I omvårdnadsforskning koncentreras mycket kring patienters upplevelse av symtom som exempelvis smärta, illamående och även parametrar som existentiellt lidande. Att känna sig symtomfri är en stor del av att känna sammanhang i livet och fri från ohälsa. Symtom som frekvent rapporteras är ofta smärta och fatigue (kronisk trötthet), där kronisk trötthet är ett symtom där det saknas kunskap, förståelse och där patienten ofta får för lite information (Wallskär, 2009). Symtomet kronisk trötthet är inte heller fullständigt klarlagt vad gäller patofysiologi eller hur det skall tolkas, mätas och dokumenteras (Ahlberg 2003; Falk 2007). En intressant aspekt blir därför hur och om ineliggande patienter i dagens moderna sjukhusvård upplever och besväras av ett svårtolkat symtom som kronisk trötthet samt om sjukvården idag har kunskap och resurser att bemöta denna typ av symtom.

Bakgrund

Ohälsa

Begreppet ohälsa definierades på 80-talet av Kleinman och Eisenberg, där begreppet innebär en försämring av välbefinnande och social funktion (Ekman, 2009). Ohälsa kopplas samman med individen och dennes kulturella och sociala värderingar. Ohälsa upplevs i kroppen och är en individuell upplevelse. Individer som drabbas upplever en förändring i kroppen vilket leder till en försämring av livskvalité, då kroppen är en viktig del av den subjektiva upplevelsen av att känna sig hel. När en person drabbats av ohälsa och lidande, kan detta leda till att personen känner sig separerad och utstött från det vardagliga livet. I kontrast till detta står sjukdomsbegreppet som definieras som en nedsättning av kroppsliga organ och funktioner (Falk, 2007; Henoeh, 2007). Upplevelsen av ohälsa är ofta oberoende av det fysiska tillståndet och upplevelsen varierar kraftigt mellan individer. Den subjektiva upplevelsen ter sig oberoende av sjukdomens karaktär, om den är akut eller kronisk eller hur prognosen ser ut. Förmågan att hantera sin ohälsa är central för att bevarandet av hälsa (Alsén, 2009).

Symtom

Eftersom medicinsk vetenskap är det dominerande paradigmet i vården värderas symtom ofta lägre än synbara tecken på sjukdom. Medicinsk vetenskap observerar och kartlägger det som är synligt och observerbart, medan symtomtolkning vilar på en hermeneutisk vetenskapssyn

där individens upplevelse ligger till grund för tolkning (Ekman, 2009). Kopplingarna mellan upplevda symtom och synliga tecken på sjukdom är fortfarande vaga men anses i allmänhet spegla underliggande sjukdomsprocesser som i sin tur kan ligga till grund för diagnostisering av sjukdomstillstånd. Beskrivningen av symtom kan ske utifrån aspekter som; förekomst, intensitet, symtombörda och eventuell påverkan på sjukdomsprognos (Ekman, 2009).

Upplevelse av symtom med skiftande besvärsgrad är den främsta anledningen till att patienter söker vård. Sjukvården har ofta svårt att erbjuda patienten fungerande interventioner då det ofta saknas management-modeller som testats empiriskt. Upplevelse av symtom är en subjektiv upplevelse och tolkning. Tolkningen utgår från en persons referenspunkt av att känna sig som vanligt och vid förekomst av symtom noterar personen en förändring som leder till en intervention i personens normala beteende eller känslor (Dodd, 2001).

Ett symtom kan uppträda ensamt eller i kluster med flera symtom samtidigt, där symtomen kan påverka varandra. När tre eller fler symtom är förekommande kallas detta för symtomkluster och dessa kan påverka kognitivt, psykosocialt och fysiskt. Att studera symtom inom vårdvetenskap innebär inte förklaring av sjukdom utan en ökad förståelse för patientens upplevelse. En grundläggande princip för att studera symtom är utgångspunkten att det är en individuell upplevelse som endast kan förstås och tolkas genom den unika individen och det är osäkert om symtom kan mätas korrekt av någon annan än den person som upplever symtomet. Det finns rapporterat förekomst av mer än 50 % oförklarade symtom inom diverse medicinska specialiteter, däribland kardiologi, neurologi och gynekologi (Falk, 2007). En förståelse för interaktionen mellan symtom och sambanden mellan de kognitiva, psykosociala och fysiska upplevelserna är essentiella för förståelse och hantering av dessa (Dodd, 2001).

Upplevelsen av hälsa inom vårdforskningen benämns ofta i termen livskvalité och beskriver ofta parametrar som socialt, psykiskt, fysiskt och spirituellt välbefinnande (Hench, 2001). Kronisk trötthet kan ha en stor påverkan på patientens hälsa och det allmänna välbefinnandet. Cancerpatienter rapporterar exempelvis att de genom sin minskade fysiska och psykosociala status upplever kraftigt minskat välbefinnande (Ahlberg, 2003).

Fatigue (Kronisk trötthet)

Fatigue (Kronisk trötthet) har studerats i över 80 år (Ream & Richardson, 1996). Kronisk trötthet som ett teoretiskt begrepp har ingen distinkt definition och varierar i ett flertal definitioner. De multifacetterade beskrivningarna har lett till att det inte existerar någon bred och spridd definition av begreppet (Falk, 2007).

Kronisk trötthet i vårdforskning fokuserar på det holistiska och individens upplevelse (Ream & Richardson, 1996). Symtomet kan för en frisk individ definieras som en icke-specifik försämring av kroppsfunction. Hos friska individer är kronisk trötthet ett tecken på exempelvis trötthet eller att kroppen är på väg att mattas ut. När trötthet kan kopplas samman med sjukdom kallas det kronisk trötthet. Upplevelsen av kronisk trötthet är ett individuellt och komplext tillstånd vilket gör det svårt att mäta, karakterisera och därför finna lämpliga interventioner (Falk, 2007).

Kronisk trötthet kan tydligt skiljas från en naturlig trötthet och det finns patofysiologiska förklaringar till upplevelsen. En av de biologiska förklaringarna är att kronisk trötthet kan delas in utifrån två olika mekanismer. Den första är en perifer nervförändring och bidrar till en obalans av energi. Den andra mekanismen förklaras av centrala nervförändringar och förändringar i hypothalamus. Det kan dock vara svårt att skilja på bakomliggande patofysiologiska komponenter och rena symtom (Gutstein, 2000). Även om de biologiska förklaringarna av kronisk trötthet fortfarande varierar, råder det större konsensus vad gäller upplevelsen av kronisk trötthet. Liknande definition som utformats av svensk MESH görs av North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) där kronisk trötthet beskrivs som;

”Ett självupplevt tillstånd där individen upplever en känsla av utmattning och minskad kapacitet för fysiskt och mentalt arbete och som inte kan bli avhjälpt med vila” (Aaronson et al., 1999, s. 46).

Kronisk trötthet påverkar individens förmåga till att fungera som vanligt med både försämrad fysisk och mental funktion och är i mycket forskning utpekad som ett av de mest plågende symtomen. Aaronson et al. (1999) karakteriserar kronisk trötthet genom att mäta följande; subjektiv skattning av kronisk trötthet, subjektiv vända, subjektiv skattning hur den kroniska tröttheten påverkar det dagliga livet, kända faktorer som kan korreleras med kronisk trötthet och slutligen biologiska markörer som påvisar kronisk trötthet. För att få en subjektiv kvantifiering och en bild av patientens upplevelse av kronisk trötthet kan exempelvis skalan Visual Analog Scale for Fatigue (VAS-F) användas. Den mäter bland annat trötthet, utbrändhet och energinivå osv. Ett annat instrument som använts frekvent för att uppskatta och mäta kronisk trötthet i omvårdningsforskning, är därför Multi Fatigue Inventory (MFI-20). MFI-20 mäter dimensionerna generell trötthet, fysisk trötthet, minskad aktivitet, brist på motivation att utföra aktiviteter och slutligen mental trötthet (Ahlberg, 2003; Falk, 2009). I omvårdnadsvårdforskningen förknippas ofta kronisk trötthet med känslan av generell trötthet, utmattning, minskad energi, känslor av att vara besegrad (Ream & Richardson, 1996). Patienter är dock återhållsamma med att rapportera sin trötthet då många tror att de kommer att uppfattas som bevärande. Även vårdpersonal undviker i vissa fall att ta upp ämnet med patienten eftersom många tror att tröttheten är naturlig och därför inte värd att ta upp med patienten (Piper et al., 2008).

Personcentrerad vård

Forskare vid Sahlgrenska Akademin (SA) utvecklar kunskap om personcentrerad vård, och SU:s kvalitetsdagar 2011 ägnades åt detta ämne (www.sahlgrenska.se). Ekman et al. (2011) har i en artikel fokuserat kring patientcentrerad vård och skulle kunna vara viktig del för att utveckla vården av symtom så som kronisk trötthet. I artikeln poängteras bland annat patientens upplevelse är en av huvudkomponenten för identifiering och kartläggning av symtomet. På SU:s hemsida hittas följande citat;

”Vårt arbets sätt grundar sig i personcentrerad vård vilket innebär att se individen bakom diagnosen. För att möjliggöra en individuellt anpassad vård använder vi en standardiserad bedömningsprocess” (www.sahlgrenska.se).

Den patientcentrerade vårdens syfte är bland annat att finna och behandla symtom som försämrar en persons livskvalité har blivit ett viktigt redskap för effektiv lindring av symtom och patienters känsla av illabefinnande. Personcentrerad innebär att patienten görs delaktig i vården och dess beslut för att på så sätt undvika att patienten objektifieras och endast ses som en sjukdom. Personcentrad vård kan delas upp i tre olika faser. Första fasen är patientberättelsen, där patienten ges möjlighet att beskriva sin upplevda ohälsa, symtom och sjukdomens påverkan på det dagliga livet. I berättelsen uttrycker patienten sina känslor, erfarenheter och trosfundament. Berättelsen blir sedan utgångspunkt för fas två som är vårdrelationen mellan vårdgivare och patient. Vårdrelationen skall bygga på samarbete och utifrån berättelsen konstrueras en gemensam vårdplan som gör det möjligt för vårdgivare att kartlägga patientens omvårdnadsbehov och verka för en optimal vård utifrån den enskilde patientens förutsättningar. Den tredje fasen i personcentrerad vård består av dokumenteringen, där berättelsen och patientens känslor, erfarenheter och trosfundament på ett adekvat sätt skall dokumenteras. Detta är enligt författarna lika viktigt som dokumentation av kliniska fynd och laboratorieresultat (Ekman et al., 2011).

Syfte

Syftet är att beskriva frekvens och intensitet av fatigue (Kronisk trötthet), samt korrelation med socioekonomisk situation och andra parallellt förekommande symtom.

Metod

Upplägg och syfte

Den 1:a december år 2010 genomfördes en punktprevalensstudie där inneliggande patienter på tre olika vårdavdelningar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg ombads att besvara ett antal frågor som behandlade deras upplevelser av symtom. Forskare vid vårdvetenskapliga institutionen vid Göteborgs universitet, studenter och sjuksköterskor hjälptes åt att genomföra studien som utfördes i form av en punktprevalensstudie. Detta innebar att studien genomfördes samma dag och tid på samtliga tre avdelningar. Urvalet av avdelningar baserades på intentionen att få en sammansättning av patienter från olika kliniker. Vårdavdelningarna hade inriktningen cancer, medicin och allmänkirurgi. Genomförandet av punktprevalensstudien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Göteborg och alla deltagande patienter fick information via FPI (forskningspersoninformation) och även skrivit på en blankett för samtycke innan de deltog i studien (Forskningsplan iPC2, 2010).

Resultatet av den datainsamling som genomfördes låg till grund för en större datainsamling, också genomförd som en punktprevalensstudie. Den senare skulle även ligga till grund för en studie i palliativa brytpunkter. Patienter som deltog i studien fick svara på ett formulär för att uppskatta förekomst av symptom, intensitet och vilken besvärsggrad det upplevda symtomet orsakade. Som student på sjuksköterskeprogrammet och som anställd amanuens i projektet var min uppgift att förutom vara med i koordineringen av pilotstudien, även mata in den insamlade datamängden i statistikprogrammet SPSS.

Datainsamling via studenter

Datainsamlingen genomfördes av studenter från sjuksköterskeprogrammet som rekryterades genom en inbjudan som skickades ut via den gemensamma läroplattformen GUL. Efter rekryteringen var tolv studenter tillgängliga för att genomföra punktprevalensstudien. Denna genomfördes som en punktprevalensstudie, vilket innebar att aktuella frågeformulär delades ut, besvarades och genomfördes under samma dag.

Studenterna tog först kontakt med ansvariga sjuksköterskor och fick därefter tilldelat sig en patientlista innehållande information om vilka patienter som skulle kunna tänkas delta i studien. Efter att urvalet gjorts, delade studenterna ut skriftlig information och informerade dessutom muntligt för godkännande till de patienter som var aktuella för deltagande. FPI skulle läsas igenom och skrivas under av patienten vilket studenterna på avdelningen var behjälpliga med vid önskemål från den tillfrågade.

När de informerade samtyckena samlats in, genomfördes utifrån det förutbestämda frågeformuläret, intervjun tillsammans med patienterna. Intervjun tog ca 15-30 minuter och när denna var färdigställd, eller när patienten själv avbrutit intervjun, samlades frågeformulären in och räknades samman. En fokusgrupp bildades när studien var avslutad, där de deltagande studenterna fick möjlighet att diskutera hur de upplevde genomförandet, och hur det kunde förbättras till den större efterkommande studien. Diskussionen bandades av deltagande amanuens och forskningssjuksköterska, och sammanställdes i efterhand.

Urval

Inklusionskriterier för deltagande patienter var att inneha en ålder över 18 år de skulle även vara ineliggande på aktuell avdelning mellan klockan 07.00-09.00 vid en specifik dag (Forskningsplan iPC2, 2010).

Vårdavdelningarna fick ta del av ett informationsbrev, innehållande fakta om studien samt hur de kunde underlätta förberedandet. Ansvariga sjuksköterskor vid vårdavdelningarna tilldelades uppgiften att ge studenterna en lista på inskrivna patienter samt att på förhand se över vilka patienter som inte skulle kunna delta, relaterat till förutbestämda exklusionskriterier. (Forskningsplan iPC2, 2010).

Frågeformulär

Frågeformuläret innehöll frågor rörande socioekonomisk situation och demografisk data så som exempelvis typ av boende, typ av arbete och postnummer. Nio frågor vilka behandlade förekomst, besvär och intensitet av upplevda symtom och två frågor berörde patientens upplevelse av vården de fått under sjukhusvistelsen. Det fanns även en öppen fråga om vad som besvarade patienten mest för tillfället och behövde inte nödvändigtvis vara kopplat till sjukdom eller symtom. Patienten fick på den öppna frågan ta med obegränsat antal upplevelser/händelser. Symtomskattningen berörde smärta, trötthet, aptit, illamående, nedstämdhet, oro och andfåddhet. Om patienterna svarade ja fick de även skatta intensiteten av symtomet samt hur mycket de besvarades av symtomet. Skattningsskalorna var genomgående från 0-10. Skattningsskalorna var genomgående Visual Analog Scale (VAS)

från 0-10. Beroende på frågans konstruktion var 10 antingen det värsta tänkbara eller minsta tänkbara.

Statistisk analys

För att analysera insamlad datamängd med avseende på demografi, prevalens och intensitet/besvär, användes programverktyget SPSS. För korrelationer användes icke-parametriska test eftersom det relaterat till den låga populationen inte var motiverat med en normalkurva. De icke-parametriska testerna genomfördes med Kruskal-Wallis Test och Spearman Rho Test. Korrelationerna som gjordes var trötthet/intensitet gentemot andra symtoms intensitet samt trötthet/besvär gentemot andra symtoms besvärsgrad. Det gjordes även gruppjämförelser mellan patienternas socioekonomiska situation, med variabler som exempelvis kön, boende och utbildning, och trötthet/intensitet och trötthet/besvär.

Sökning av litteratur

Sökning av litteratur har gjorts enligt en systematisk litteratursökning beskrivet av Segersten (2006). Sökningen gjordes i databasen Cinahl. Efter initiala sökningar med bredare spektrum lades begränsningar till sökningen. Däribland att artiklarna skulle vara forskningsartiklar samt peer reviewed. Sökorden som använts har varierat men alltid innehållit begreppet kronisk trötthet. Även årtal har begränsats för att få fram aktuell forskning och sökningen har som tidigast börjat från år 2001. Efter att ha studerat titel och eventuellt abstract lästes de artiklar som matchade sökorden, för att därefter inkluderas eller exkluderas beroende på om dessa kunde styrka denna uppsats syfte.

<p>Sökning nr 1 Cinahl; fatigue+symptom distress+hospital. 2001-2011. Peer review+forskningsartikel. Träffar: 21 st</p>	<p>Använda artiklar: 2 st Hämtat 2011-11-21</p>
<p>Sökning nr 2 Cinahl; fatigue+sense of coherence. 2001-2011. Peer review+forskningsartikel. Träffar: 11 st</p>	<p>Använda artiklar: 1 st Hämtat 2011-11-21</p>
<p>Sökning nr 3 Cinahl; fatigue+illness+health (MwisH*). 2001-2011. Peer review+forskningsartikel. Träffar: 88 st</p>	<p>Använda artiklar: 2 st Hämtat 2011-11-22</p>
<p>Sökning nr 4 Cinahl; fatigue+quality of life (MwisH). 2010-2011. Peer review+forskningsartikel. Träffar: 102 st</p>	<p>Använda artiklar: 4 st Hämtat 2011-11-26</p>
<p>Sökning nr 5 Cinahl; fatigue+predictors. 2010-2011. Peer review+forskningsartikel. Träffar: 91 st</p>	<p>Använda artiklar: 1 st Hämtat 2011-11-27</p>
<p>Sökning nr 6 Cinahl; fatigue+nausea. 2010-2011. Peer review+forskningsartikel. Träffar: 106</p>	<p>Använda artiklar: 1 st Hämtat 2011-12-17</p>
<p>*Major word in subject heading</p>	

Resultat

Demografi och population (Tabell 1,2)

Av de 41 patienter som svarade på enkäten var den äldsta patienten 96 år och den yngsta 25 år fyllda. Medelåldern på dessa patienter var 68 år. Könsfördelningen visade en liten överrepresentation av kvinnor. 63,4% var pensionärer och övriga hade varit sysselsatta genom antingen studier, arbete, övrigt eller var arbetslösa. Av de svarande bodde 95,1% i eget boende och resterande på särskilt boende.

Tabell 1 Ålder		Tabell 2 Demografisk data	
	Antal år fyllda N=41		Antal patienter (%) N=41
Lägsta	25	Kön	
Högsta	96	Man	20(48,8)
Medelålder	68	Kvinna	21(51,2)
		Sysselsättning	
		Arbete heltid	4(9,8)
		Arbete deltid	5(12,2)
		Arbetslös	1(2,4)
		Studerar	1(2,4)
		Pensionär	26(63,4)
		Annat	4(9,8)
		Boende	
		Eget boende	39(95,1)
		Särskilt boende	2(4,9)

Trötthet intensitet/besvär relaterat till socioekonomisk situation (Tabell 3)

Det kan inte urskiljas någon signifikant koppling mellan socioekonomisk situation och trötthet/intensitet eller trötthet/besvär. Däremot visade data på en viss tendens att kön kan påverka upplevelsen av trötthet/intensitet.

Tabell 3 Hur trötthet intensitet/besvär är beroende av socioekonomisk situation					
	Boende	Högsta utbildning	Social situation	Kön	Arbete/sysselsättning
Besvär	0.513	0.839	0.465	0.463	0.309
Intensitet	0.790	0.533	0.468	0.086	0.227

Mann-Whitney U Test,
Kruskal-Wallis Test
(signifikans vid nivå 0.05)
N=41

Prevalens (Tabell 4)

Prevalensen av trötthet i den undersökta gruppen uppgick till 80,5%. 17,1% svarade att de

inte upplevde trötthet. Av de 41 svarande patienterna valde en person att avstå från att svara, vilket redovisats som bortfall i tabell 4.

Tabell 4
Förekomst av trötthet

	Antal patienter (%) N=41
Ja	33(80,5)
Nej	7(17,1)
Bortfall	1(2,4)

Intensitet/Besvär (Tabell 5)

Av de patienter som svarat ja på frågan angående upplevd trötthet, skattade sedan 34 st sin upplevda intensitet av trötthet och 32 st svarade på om tröttheten besvärade dem. Det redovisade resultatet visar att medelintensiteten var 6,91 på en skala från 0-10, med en standardavvikelse på 2,417. Medeltalet på besvär blev 6,98 på en skala från 0-10, med en standardavvikelse på 3,260.

Tabell 5
Intensitet/besvär

	Medelvärde Skala=0-10	Standardavvikelse
Intensitet (n=34)	6,91	2,417
Besvär (n=32)	6,98	3,260

Korrelation trötthet/intensitet med andra rapporterade symtom (tabell 6)

Korrelationen har gjorts med hjälp av Spearman's rho och med ett p-värde på 0.05 för att korrelationen skall vara signifikant. Tabell 5 visar att en intensiv trötthet har en signifikant korrelation med intensiteten på illamående. Värdena indikerar också att intensiv trötthet kan kopplas till smärta.

Tabell 6
Korrelation
trötthet/intensitet

Intensitet						Signifikansnivå (Signifikans vid nivå 0.05)
Smärta	Andfåddhet	Illamående	Nedstämdhet	Oro	Sömnsvårigheter	
0.071	0.345	0.003	0.141	0.555		0.176

Korrelation trötthet/besvär (Tabell 7)

Resultet visar en signifikant korrelation mellan sömnsvårigheter och trötthet.

Tabell 7 Korrelation trötthet/besvär						
Besvär						Signifikansnivå (Signifikans vid nivå 0.05)
Smärta	Andfåddhet	Illamående	Nedstämdhet	Oro	Sömnsvårigheter	Dålig aptit
0.271	0.264	0.902	0.177	0.572	0.017	0.528

Spridning över kliniker (Tabell 8)

Prevalensen av trötthet mellan klinikerna varierade. Den högsta prevalensen fanns på kirurgen där 91,7% svarade att de upplevde trötthet. På medicinavdelningen svarade 81,3% att de upplevde trötthet och på onkologen svarade 69,2% att de upplevde trötthet.

Tabell 8
Trötthet vid kliniker

	Onkologiavdelning	Medicinavdelning	Antal patienter (%) N=41 Kirurgiavdelning
Ja	9(69,2)	13(81,3)	11(91,7)
Nej	3(21,1)	3(18,8)	1(8,3)
Bortfall	1(7,7)		

Citat från deras beskrivningar lyder enligt följande;

"Väldigt trött, orkar inte ens diska"., "Koncentrationssvårigheter, klarar inte av att läsa längre".

"Att jag inte mår bra, trötthet, illamående, inte i vardagen längre nu när jag är sjuk".

"Trött".

"Trötthet".

"Orkeslös. Ont i huvudet, är jättetrött".

Metoddiskussion

Datansamlingen genomfördes delvis för att upptäcka vad som fungerade mindre bra inför den större studien som skulle omfatta hela SU. I utvärderingen som följde, visade det sig att formulären i vissa fall var svårtydda för patienterna. Vissa av patienterna ansåg att besvär och intensitet hade samma innebörd. Det kan dock konstateras att det finns en skillnad i resultaten mellan intensitet och besvär vilket innebär att patienterna faktiskt skattat dessa två parametrar olika (Tabell 5). Patienterna hade även vissa problem att genomföra skattningarna i och med

att skalan i frågeformuläret, som varierade mellan 0-10 ibland var reverserad, något som ändrades inför den stora studien. Att avgöra om patienterna upplevde normal trötthet eller kronisk trötthet är svårt att avgöra utifrån frågan om patienten upplevt trötthet ja/nej (Tabell 4). De efterföljande frågorna angående besvär och intensitet blev därför av stor betydelse (Tabell 5). Skulle frågeformuläret vara anpassat till enbart symtomet kronisk trötthet hade det varit en fördel om frågan varit utformad tydligare och i högre grad poängterat utmattning.

Studenterna som genomförde studien upplevde vissa problem, relaterat till vårdavdelningarna. Bland annat att sjuksköterskorna som blivit ombedda att välja ut lämpliga deltagare, i vissa fall exkluderat patienter som möjligen skulle kunnat delta. Sjuksköterskorna hade även exkluderat patienter som de trodde behövde tolk. Det visade sig dock att några studenter testade intervju på engelska vilket fungerade bra. Att studenterna själva inte gjorde exkluderingen skulle därför kunna ses som en svaghet då det alltså visade sig att sjuksköterskorna hade en större tendens till att exkludera patienter, än studenterna själva. Några av de patienter som tackat ja till medverkan, valde att avbryta intervjun på grund av att de inte orkade fullfölja intervjun. De som av mentala, kognitiva eller andra skäl inte deltog inte i studien, gav ett bortfall. Bortfallet är dock motiverat eftersom formuläret krävde en viss klartänkthet och kraft att fullfölja. Eftersom formuläret inte var anpassat till enbart trötthet, vilket denna studie fokuserat på, är det mycket möjligt att deltagandet kunde blivit större med kortare formulär och ett som enbart hade fokuserat kring trötthet. Vissa patienter ifrågasatte motivet med studien och tyckte att de redan fått svara på så många formulär, att de inte hade kraft att delta i ännu en studie.

De data som legat till grund för de statistiska analyserna har utgjorts av relativt få patienter. Detta är en svaghet då det har blivit svårt att visa på signifikanta resultat. Kvantiteten av data har dock kompenseras med val av relevant statistisk metod. Resultaten har gett ett par signifikanta korrelationer samt indikationer på korrelation mellan trötthet och andra symtom (Tabell 6,7). Då de sökta artiklarna har fokuserat på specifika sjukdomar, har gjort det svårt att finna studier med liknande upplägg som denna. Vid valet av litteratur kan det ses som en svaghet att resultatet från denna studie inte kan stödjas av liknande punktprevalensstudier. Den litteratur som blivit funnen har varit inriktad på specifika diagnoser vilket inte denna studie har gjort. Valet av litteratur har därför inte bara fallit på empiriska studier utan även på vetenskapligt granskade litteraturstudier. Eftersom många av artiklarna var avgränsade till specifika sjukdomar blev det svårt att avgöra vad som kunde klassificeras som allmäntillgiltigt och stödja denna studies presenterade resultat. Noterbart är även att 34 patienter skattat en intensitet men endast 33 patienter har svarat att de är trötta. Det finns dock ett bortfall på en patient som inte svarat på förekomst av trötthet.

Resultatdiskussion

Hög prevalens av trötthet

Tabell 4 visar en hög prevalens av trötthet med en förekomst på 80,5% och därmed rapporterar 4 av 5 patienter att de är trötta. Betydande patofysiologiska faktorer som noradrenerga, serotonerga eller hypothalamusförändringar har inte uppmätts. Eftersom

beskrivningen av kronisk trötthet skiftar, men ändå pekar på patientens individuella och subjektiva upplevelse kan det ändå konstateras att den undersökta populationen i medeltal skattar sina besvär till 6,98, vilket innebär att många av de som svarat ja på trötthet även har potential att uppleva svåra besvär. I kombination med besvär redovisas en medelintensitet på 6,91 vilket sammantaget visar att patienterna påverkats av symtomet.

Tabell 1 och 2 som beskriver den undersökta populationens demografiska utbredning visar en jämn fördelning mellan män och kvinnor samt hög ålder skulle kunna ge implikationer på att majoriteten är äldre som vårdas på våra sjukhus idag. Dock ligger även yngre personer på vårdavdelningar vilket kan ses i och med att den yngsta personen i studien endast var fyllda 25 och att 36,6% av de tillfrågade inte var i pensionsålder. Detta borde innebära en stor utmaning för vårdpersonal då den äldre behov kan skilja sig från den yngre patienten i och med ökad risk för multisjuklighet och förändrade kroppsfunktioner. Detta fenomen gäller även specifikt för symtomet kronisk trötthet. Hos äldre patienter menar Butt et al., 2010 exempelvis att det finns lite forskningsunderlag som kan vara vägledande i vården av äldre patienter som drabbats cancer. Butt et al. (2010) hittar dock inga direkta bevis för att kronisk trötthet skulle upplevas annorlunda hos äldre cancersjuka patienter än hos den yngre populationen. Författarna menar dock att det borde göras fler studier på hur symtomet kronisk trötthet upplevs med ökad ålder (Butt et al., 2010). Att kronisk trötthet hos äldre borde studeras mer kan även denna uppsats argumentera för då hela 63,4% på tre högspecialiserade sjukhusavdelningar är pensionärer och medelåldern är 68 år. Eftersom vi i pilotstudien inte haft tillgång till patientdiagnoser kan vi heller inte jämföra patientgrupperna relaterat till ålder.

Upplevelsen av kronisk trötthet

Minst en person på varje avdelning rapporterade att trötthet är det som besvärar allra mest. De upplever att vardagen påverkats och att tröttheten är överväldigande. Korrelationen trötthet/intensitet visar en stark korrelation. Detta skulle kunna bero på att patienterna hade svårigheter att skilja på besvär och intensitet. Det kan också vara så att trötthet är ett mycket besvärande symptom. Det finns studier som hittar samband mellan en minskad livskvalité vid kronisk trötthet (Butt et al. 2010). Lowry & Pakenham (2008) beskriver dessa kopplingar och ser även att fatigue ger besvär som kroppssmärta och en negativ framtidsbild, vilken förstärks av bland annat hög ålder, hög symptomfrekvens och att vara kvinna. Denna uppsats kan se tendenser till att kvinnor i högre utsträckning är benägna att rapportera intensiv trötthet (Tabell 3). Hos patienter som drabbats av stroke beskriver dessa patienter att de var oförberedda på effekterna och oförståelsen för symtomet hos anhöriga. Kronisk trötthet gav även en negativ påverkan på deras dagliga funktioner som att umgås socialt och enklare aktiviteter som att läsa (Flinn & Stube, 2010).

Prediktorer för kronisk trötthet

Den höga prevalensen, av trötthet samt den höga intensitets- och besvärsggraden ger upphov till frågan om det finns lämpliga interventioner för kronisk trötthet. Enligt tabell 6 var trötthet ett symptom som med undantag från illamående (Sig 0,003) upplevdes som fristående utan direkt koppling till andra symptom. Det kunde även ses en antydning till att intensiv trötthet kunde korreleras med smärta (Sig 0,071). Hos gruppen patienter med diagnosen cancer stöds

detta resultat av en nyligen litteraturstudie utförd av Kirkova, Aktas, Walsh, & Davis (2011) som funnit att studier ofta hittar koppling mellan trötthet och illamående/kräkning och också funnit kopplingar mellan trötthet och smärta. Kopplingen mellan kronisk trötthet och sömnproblem hos patienter som haft stroke har också studerats (Flinn & Stube, 2010). Flinn & Stube (2010), har intervjuat 19 personer rörande kronisk trötthet post-stroke och har i sina intervjuer funnit att ett flertal av dessa patienter rapporterar störd sömn, sömnapné och dålig sömnkvalité. (Flinn & Stube, 2010).

I denna studie kan inte resultatet på en signifikant korrelation mellan nedstämdhet, oro/ångest och trötthet. Det finns dock indikationer (tabell 6) på att en intensiv trötthet kan korreleras med nedstämdhet. Detta samband kan inte alls ses med symtomet oro/ångest vilket är intressant då oron för själva sjukdomen skulle kunna ge upphov till trötthet. Sökta artiklar har dock tagit upp eventuellt samband mellan depression och kronisk trötthet vilket dock inte fullständigt klarlagts och resultatet skiftar studier emellan. Johnson, Gil-Rivas, & Schmalig (2008) har resultat som visar på exempelvis en lägre prevalens av depression i samband med kronisk trötthet jämfört med tidigare gjorda studier. Inte heller Lowry & Pakenham (2008) kan finna ett tydligt samband med depression som prediktor för kronisk trötthet.

Prue et al. (2010) har undersökt patienter med kronisk trötthet som drabbats av gynekologisk cancer. De ser samband mellan psykisk stress och kronisk trötthet. De menar dock att ökad kronisk trötthet inte är ett tecken på en sjukdomsprogression utan att interventioner som förbättrar den psykiska distressen är av stor betydelse för att minska upplevelsen av kronisk trötthet hos denna patientgrupp. Kopplingen mellan depression och kronisk trötthet finner även Stone, Richards, A'Hern, & Hardy (2001) för patienter som genomgått radioterapi. De ser även samband mellan kronisk trötthet och symptom som kräkningar, yrsel, dyspné, psykisk stress och diarré. Detta menar Stone et al., (2001) skulle kunna bero på den stress som cancersjukdomen kan orsaka. Det är inte endast patienter med cancer som rapporterar detta samband, utan ångest, depression och symptomdistress är vanliga reaktioner hos patienter med hjärtsvikt. (Falk, Patel, Swedberg, & Ekman, 2009).

Personcentrerad vård och interventioner för kronisk trötthet

Med den höga prevalens, intensitet och besvär av trötthet som patienterna rapporterar, ger implikationer om att detta symptom inte getts tillräckligt med uppmärksamhet ur ett personcentrerat perspektiv. Falk, Swedberg, Gaston-Johansson, & Ekman (2007) påvisar att kronisk trötthet är vanligt förekommande och att symtomet bör skattas av patienten själv. Undervisning om symtomet hos drabbade patienter har visat sig effektiv i vissa fall, dock är patienterna ibland i så dåligt skick att undervisning och effektiva copingstrategier inte är möjliga. Det är då viktigt att ta del av patientens berättelse och på så sätt bidra till dennes känsla av mening, stöd och hanterbarhet. Patienten bör hjälpas att reducera symptomupplevelsen men även att finna acceptans för situationen, vilket kan leda till att patienten ges nya perspektiv och verktyg för hantering av symptom. Patientens berättelse ger även vårdpersonal möjlighet att få förståelse för dennes individuella styrkor samt en ökad förståelse för patientens symptomupplevelse (Falk et al., 2007). Interventioner med antidepressiva mediciner har testats hos patienter med kronisk trötthet men forskningen på

detta område är minimal och kan inte stödja en användning av dessa preparat (Prue et al., 2010).

Berättelsen skulle också kunna vara en hjälp för vårdpersonal att avgöra i vilken grad patienten har möjlighet att hantera sin trötthet. Det finns nämligen få medicinska interventioner mot trötthet, utan många av det som föreslås är kopplade till patientens egna förmågor. I nyligen genomförda studier pekar exempelvis Haas (2011) på att patienter med stroke och cancer, kan få en positiv effekt genom fysisk aktivitet. Hos patienter med MS, upplevde patienter som genomgick utbildande interventioner en påvisad positiv effekt på tröttheten. Även Prue et al. (2010) tar upp vikten av att tillsammans med patienten utarbeta energisparande strategier. Författarna har även visat att utbildning om symtomet kronisk trötthet är till förmån för patienten. Denna går ut på att lära patienten hantera sin trötthet men också att se till att patienten med ökad trötthet inte indikerar en eventuell sjukdomsprogression som skulle kunna förvärra symtomet (Prue et al., 2010).

Skillnader mellan medicinska specialiteter

Den högsta prevalensen av trötthet mellan de tre olika avdelningarna kan ses vid den kirurgiska avdelningen där 91,7 % rapporterat trötthet. Den medicinska avdelningen rapporterade 81,3% trötthet och vid den onkologiska avdelningen 69,2 %.

Mycket forskning har gjorts på kronisk trötthet i cancervård och det finns exempelvis avsnitt på cancerfondens hemsida angående kronisk trötthet (Wallskär, 2009). Att den onkologiska vården uppmärksammar kronisk trötthet kan vara en förklaring till varför patienter med cancer i mindre förekommande grad (69,2%) svarat att de upplever trötthet. Ett exempel på en specifikt utsatt grupp för kronisk trötthet är kvinnliga patienter med gynekologisk cancer som oberoende av tumörstorlek och sjukdomsprogression rapporteras kunna lida av kronisk trötthet i månader efter avslutat behandling. Studien föreslår även att patienten som rutin skall delges information om kronisk trötthet och dess möjliga konsekvenser (Prue et al., 2010).

Cancersjukdomar som är det som mest frekvent undersökt, relaterat till kronisk trötthet, verkar visa att symtomet blir mer besvärande när grundsjukdomen orsakar många olika symtom (Prue et al., 2010). Det skulle dock kunna ge en antydning om att även på kirurgi- och medicinavdelning har patienter grundsjukdomar som ger högfrekventa symtom såsom cancersjukdomar eller hjärtsvikt. På kirugkliniken bör också beaktas att ett okänt antal patienter med största sannolikt genomgått operation. Nyligen har även studier gjorts på sjukdomar där kronisk trötthet inte studerats lika frekvent som cancer och bland dessa finns IBD och stroke. Dessa studier visar liknande resultat som patienter som drabbats av cancer och hjärtsvikt med försämrad livskvalité och symtom som sömnstörningar och ångest (Flinn & Stube, 2010; Banovic et al., 2010).

Slutsats

Denna studie visar att kronisk trötthet är ett högprevalent symtom på tre specialistkliniker vid SU. Det går dock inte att dra någon slutsats om de undersökta patienterna i denna uppsats lider av kronisk trötthet. Skall kronisk trötthet mätas efter MFI-20 som visat sig vara ett tillförlitligt instrument för mätning av trötthet av bland annat cancer- och hjärtsviktspatienter,

saknas det dimensioner i denna studie som beskriver vilken typ av trötthet patienterna upplevt (Ahlberg, 2003; Falk, 2007). Även om det finns viss skillnad mellan de olika klinikerna, rapporterar samtliga en hög prevalens. Det finns patienter som rapporterar att tröttheten är det som besvärar dem allra mest och funna sökta vetenskapliga artiklar belyser kronisk trötthet och dess negativa påverkan på livskvalité. I denna uppsats har de undersökta patienter som upplever trötthet, drabbats av denna upplevelse oberoende av demografiska och socioekonomiska skillnader och medelåldern vid klinikerna är hög. Ett observandum är dock att det finns tendens till att kvinnor i högre grad upplever intensiv trötthet i jämförelse med män. En fundering är att den onkologiska vården belyst detta symptom mer än de övriga två klinikerna. Att kirurgkliniken visar på högst prevalens av trötthet skulle bland annat kunna bero på post-operativ trötthet.

Forskning har visat att berättelsen är av stor betydelse för identifiering och interventioner för patienter med kronisk trötthet (Falk et al., 2007). Pilotstudien visar på signifikanta korrelationer mellan trötthet och illamående och sömnsvårigheter, samt indikationer på att trötthet skulle kunna kopplas samman med smärta och nedstämdhet. Vårdvetenskaplig forskning rapporterar spridda samband mellan kronisk trötthet och andra symptom men varierar beroende på studie. Ett återkommande ämne är kopplingen till depression men där antidepressiv medicinering inte har någon bevisad effekt (Prue et al., 2010). I dessa studier visar istället på den stora vikten av undervisning och utbildande interventioner, vilket visat sig ge resultat för patienterna (Prue et al., 2010; Stone et al., 2001; Falk et al., 2009). Dock kvarstår frågan om hur behandling av patienter som inte är mottagliga för utbildning skall behandlas.

Eftersom det i denna studie inte finns diagnoser på de undersökta patienterna är det inte möjligt att dra specifika slutsatser till specifika diagnoser, men slutsatsen bör ändå kunna dras att kronisk trötthet blivit mer uppmärksammat i vårdvetenskaplig forskning med tanke på de många resultat som fås vid sökning i vetenskapliga databaser. Förhoppningsvis kommer fler studier som denna ge ökad allmän kunskap om kronisk trötthet, hitta förklaringar och interventioner för alla typer av patienter och inte enbart till specifika sjukdomar och diagnos. Kanske kommer kronisk trötthet en dag bli lika allmänt accepterat som smärta är idag? Denna studies prevalensgrad av trötthet ger trots allt implikationer på att trötthet är ett stort problem för en majoritet av patienterna på tre helt skilda avdelningar med olika specialiteter. Att kronisk trötthet är ett problem för många patientgrupper har börjat uppmärksammas av den vårdvetenskapliga forskningen. Utöver cancer har även ny forskning undersökt andra sjukdomar som exempelvis hjärtsvikt, IBD och stroke (Falk et al., 2007; Flinn & Stube, 2010; Banovic et al., 2010).

Referenser:

Ahlberg, K. (2003) *Cancer-related Fatigue-Experience and outcomes*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Alsén, P. (2009). *Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för omvårdnad.

Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., Press, A. N., Williams, P. D., Wingate, A. (1999). Defining and Measuring Fatigue. *Journal of nursing Scholarship*, 31(1), 45-50.

Banovic, I., Gilibert, D., & Cosnes, J. (2010). Crohn's disease and fatigue: constancy and co-variations of activity of the disease, depression, anxiety and subjective quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 394-405.

Butt, Z., Rao, A., Lai, J., Abernethy, A., Rosenbloom, S., & Cella, D. (2010). Age-associated differences in fatigue among patients with cancer. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 40(2), 217-223.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., & ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal Of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

Ekman, I. (2009). Symptom och tecken på ohälsa. I Edberg, A.-K., Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder* (ss. 207-223). Kristianstad: Studentlitteratur AB.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Brink, E., & ... Sunnderhagen, K. (2011). Person-centered-care – Ready for prime time. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.

Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007). Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 99-104.

Falk, K. (2007). *Fatigue in patients with chronic heart failure: Patient experiences and consequences of fatigue in daily life*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för omvårdnad.

Falk, K., Patel, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2009). Fatigue in patients with chronic heart failure -- a burden associated with emotional and symptom distress. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 91-96.

Flinn, N., & Stube, J. (2010). Post-stroke fatigue: qualitative study of three focus groups. *Occupational Therapy International*, 17(2), 81-91.

Forskningsplan, forskargruppen iPC2. (2010). Forskningsplan, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

- Gutstein, H. (2001). The biologic basis of fatigue, *Cancer*, 92(6), 1678-83.
- Haas, B. (2011). Fatigue, Self-efficacy, Physical Activity, and Quality of Life in Women With Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 34(4), 322-334.
- Henoch, I. (2007). *Dyspnea Experience and Quality of Life among persons with lung cancer palliative care*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för omvårdnad.
- Johnson, S., Gil-Rivas, V., & Schmalings, K. (2008). Coping strategies in chronic fatigue syndrome: outcomes over time. *Stress & Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 24(4), 305-312.
- Kirkova, J., Aktas, A., Walsh, D., & Davis, M. P. (2011). Cancer Symptom Clusters: Clinical and Research Methodology. *Journal Of Palliative Medicine*, 14(10), 1149-1166.
- Lowry, T., & Pakenham, K. (2008). Health-related quality of life in chronic fatigue syndrome: predictors of physical functioning and psychological distress. *Psychology, Health & Medicine*, 13(2), 222-238.
- Piper, B., Borneman, T., Sun, V., Koczywas, m., Uman, G., Ferrell, B., & James, R. (2008). Cancer-related fatigue: role of oncology nurses in translating National Comprehensive Cancer Network assessment guidelines into practice. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 12(3), 37-47.
- Prue, G., Allen, J., Gracey, J., Rankin, J., & Cramp, F. (2010). Fatigue in gynecological cancer patients during and after anticancer treatment. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 39(2), 197-210.
- Ream, E., Richardson, A. (1996). Fatigue: a concept analysis. *Int. J. Nurs. Stud.* 33(5), 519-529.
- Segersten, K. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-104). Lund: Studentlitteratur AB.
- Stone, P., Richards, M., A'Hern, R., & Hardy, J. (2001). Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 22(6), 1007-1015.
- Wallskär, H. (2009). *Trötthet vid cancer*. Hämtat 22 november, 2011, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/for-patienter/Vardagen-forandras/Trotthet-vid-cancer/>

Bilaga 1

Använda artiklar efter litteratursökning:

Banovic, I., Gilibert, D., & Cosnes, J. (2010). Crohn's disease and fatigue: constancy and co-variations of activity of the disease, depression, anxiety and subjective quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 394-405.

Butt, Z., Rao, A., Lai, J., Abernethy, A., Rosenbloom, S., & Cella, D. (2010). Age-associated differences in fatigue among patients with cancer. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 40(2), 217-223.

Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007). Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 99-104.

Falk, K., Patel, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2009). Fatigue in patients with chronic heart failure - a burden associated with emotional and symptom distress. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 91-96.

Flinn, N., & Stube, J. (2010). Post-stroke fatigue: qualitative study of three focus groups. *Occupational Therapy International*, 17(2), 81-91.

Haas, B. (2011). Fatigue, Self-efficacy, Physical Activity, and Quality of Life in Women With Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 34(4), 322-334.

Johnson, S., Gil-Rivas, V., & Schmalings, K. (2008). Coping strategies in chronic fatigue syndrome: outcomes over time. *Stress & Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 24(4), 305-312.

Kirkova, J., Aktas, A., Walsh, D., & Davis, M. P. (2011). Cancer Symptom Clusters: Clinical and Research Methodology. *Journal Of Palliative Medicine*, 14(10), 1149-1166.

Lowry, T., & Pakenham, K. (2008). Health-related quality of life in chronic fatigue syndrome: predictors of physical functioning and psychological distress. *Psychology, Health & Medicine*, 13(2), 222-238.

Prue, G., Allen, J., Gracey, J., Rankin, J., & Cramp, F. (2010). Fatigue in gynecological cancer patients during and after anticancer treatment. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 39(2), 197-210.

Stone, P., Richards, M., A'Hern, R., & Hardy, J. (2001). Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 22(6), 1007-1015.

Bilaga 2

Frågeformulär till studien: Symtomförekomst bland patienter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2010-12-01

Demografiska data

Ålder: _____ år

Kön: Man Kvinna

Social situation: Ensamboende Sammanboende

Boende: Eget boende Särskilt boende

Postnummer där Du bor: _____

Högsta utbildning:

Grundskola

Gymnasium

Högskola/Universitet

Annat: _____

Arbete/sysselsättning:

Arbetar utanför hemmet, heltid

Arbetar utanför hemmet, deltid

Arbetar ej utanför hemmet

Arbetslös

Studerar

Pensionär

Annat: _____

Är Du född i Sverige? Ja Nej I vilket land är du född?

Har bott i Sverige sedan år:

Bilaga 2. Nr: _____

Frågor att ställa till patient:

1. Vad besväras Dig mest just nu?

1

2

3

Under det senaste dygnet:

2. Har Du haft ont? Ja Nej

a. Om ja, hur svår var smärtan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ingen smärta värsta tänkbara smärta

b. Hur mycket besvärades du av smärtan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

3. Har Du varit andfådd? Ja Nej

a. Om ja, hur svåra var Dina andningssvårigheter?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls svåra värsta tänkbara

b. Hur mycket besvärades Du av andningssvårigheterna?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

4. Har Du varit trött? Ja Nej

a. Om ja, hur svår var Din trötthet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls svår värsta tänkbara

b. Hur mycket besvärades Du av tröttheten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

Bilaga 2. Nr: _____

5. Har Du mått illa? Ja Nej

a. Om ja, hur svårt är illamåendet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls svårt värsta tänkbara

b. Hur mycket besvärades illamåendet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

6 a. Hur är Din aptit?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

God aptit Ingen matlust

b. Om Du har dålig aptit, hur mycket besvärades Du av detta?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

7. Har Du känt Dig nedstämd? Ja Nej

a. Om ja, hur svåra var Din nedstämdhet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls svår värsta tänkbara

b. Hur mycket besvärades Du av nedstämdheten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

8. Har Du känt oro/ångest? Ja Nej

a. Om ja, hur svår var Din oro?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls svår värsta tänkbara

b. Hur mycket besvärades Du av oron?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

Bilaga 2. Nr: _____

9. Har Du upplevt sömnsvårigheter? Ja Nej

a. Om ja, hur svåra var Dina sömnsvårigheter?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls svåra värsta tänkbara

b. Hur mycket besvärades Du av sömnsvårigheterna?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inget besvär värsta tänkbara besvär

10. Hur upplever Du Ditt välbefinnande?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bästa möjliga Värsta tänkbara

Välbefinnande välbefinnande

11. Jag har bra möjlighet att delta i beslut som gäller min vård.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Instämmer inte alls Instämmer helt

12. Min vård styrs av mina egna önskemål och behov, snarare än av personalens rutiner.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Instämmer inte alls Instämmer helt

Ev. kommentarer:
