

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

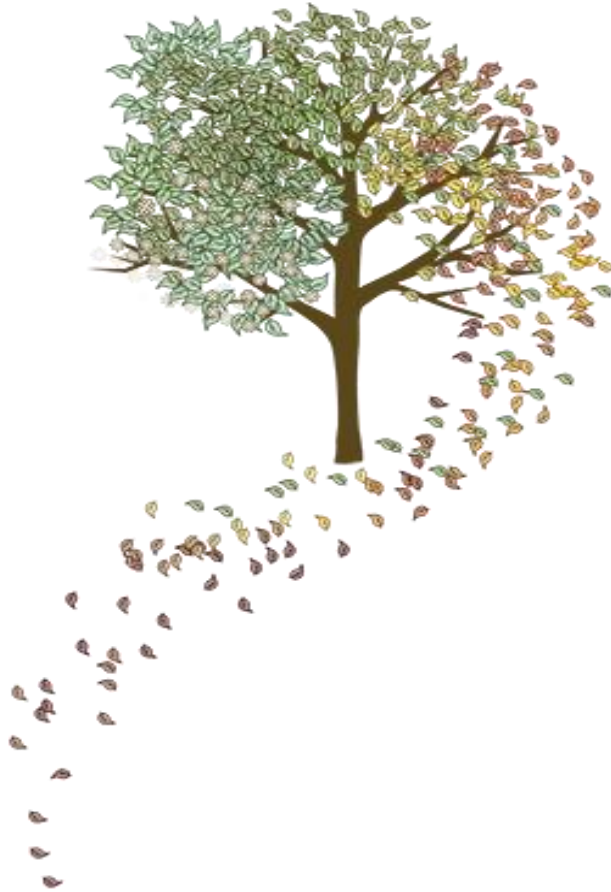
Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00

Kandidatnr.: 573

Antall ord: 8669

# Omsorg ved livets slutt

- til pasienter med kreft



Hentet 13 Mars 2017 fra <http://www.ahpca.ca/ahpca-resource-directory/>

**Bachelorutdanningen i sykepleie, Avdeling for helsefag**

**Haugesund, April 2017**

**Kull 2014**

**Antall ord: 8669**

## **Sammendrag:**

**Tittel:** Omsorg ved livets slutt - til pasienter med kreft

**Bakgrunn:** Antall kreftrammede øker hver år i Norge og en kan forvente at dette er en pasientgruppe med økende behov for palliativ behandling, omsorg og lindring av lidelse. Pasienter med kreft i palliativ fase er i en situasjon hvor det kan være vanskelig å forstå og akseptere situasjonen de befinner seg i. Det er sykepleiers oppgave å kartlegge og sette i gang tiltak slik at pasienten mottar god og helhetlig sykepleie ved livets slutt.

**Problemstilling:** Hvordan gi omsorg ved livets slutt til pasienter med kreft?

**Hensikt:** Å rette oppmerksomheten mot pasienter med kreft ved livets slutt sine behov for kommunikasjon og relasjon, fysiske- og psykososiale behov og hvordan man kan gi omsorg til denne pasientgruppen. Tilegnet kunnskap er ønskelig å bruke i forbindelse med å opplyse og undervise andre sykepleiere.

**Metode:** Baseres på et litteraturstudie, hvor nyere forskning er vektlagt som grunnlag for datamaterialet for å belyse problemstillingen.

**Funn:** I de gjennomgåtte studiene kommer det frem at omsorg til pasienter med kreft ved lives slutt er mangfoldig og består av flere viktige momenter. Det fremkom fire hovedkategorier. Den første var ivaretagelse av kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier. Videre fremkom det gode stell om omhandler å dekke pasientens grunnleggende behov for å føle seg velstelt. Deretter å vise omsorg gjennom berøring, herunder også å avstå fra berøring og til slutt ivaretagelse av pasientens psykososiale behov.

**Konklusjon:** Når pasienter med inkurabel kreft går inn i den siste fasen av livet er det viktig at sykepleier er klar over hvordan å gi omsorg samtidig lindre lidelse. Dette gjøres ved å ivareta de fysiske- og psykososiale behovene i tillegg til å ivareta kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier.

## **Abstract:**

**Title:** Care when a life comes to an end - for patients with cancer

**Background:** The number of cancer cases increases each year in Norway and we can based on this expect this patient group to have an increased need for palliative treatment and care. Patients with cancer in a palliative phase are normally in a situation where it can be difficult to understand and to accept their situation. It's the nurse's responsibility to map and initiative actions to provide an overall and proper care at the last phase of life.

**Issue:** How to provide care to patients with cancer at the end of their life to patients with cancer?

**Aim:** The objective of the bachelor thesis is to call attention to patients with cancer at the end of their life's and the need for communication and relations/ relationships, physical and psychosocial needs and how to care for this patient group. The experience and knowledge build up in this process is desirable to transfer to other nurse's for training purposes.

**Method:** The bachelor thesis is a literature study, were research and other scientific literature are used to elucidate the issue.

**Findings:** In the reviewed studies, care for patients with cancer at end of life is many-sided and consists of several important factors. There are four main categories. The first category is to ensure communication and relation/relationship between patient and nurse. Furthermore, the importance of care to cover the patients basic needs to feel well. As a third category is showing care though touch, including to understand when to abstaining from touch and ultimately ensure the care of the patient's psychosocial needs.

**Conclusion:** When patients with incurable cancer enter the final phase of life it is important that the nurse is aware of how to care while at the same time focus on relieving suffering. To gain the best result for the patient, it is care of the physical and psychosocial needs in addition to maintaining communication and relation/relationships between the patient and nurse that has to be in focus.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 <i>Problemstilling, presisering og avgrensing</i>	1
<b>2.0 Teori</b>	<b>3</b>
2.1 <i>Katie Erikssons perspektiv på omsorg og lidelse</i>	3
2.2 <i>Kari Martinsens omsorgsteori</i>	4
2.3 <i>Reaksjoner ved livets slutt og palliativ fase</i>	5
<b>3.0 Metode</b>	<b>6</b>
3.1 <i>Litteraturstudie som kvalitativ metode</i>	6
3.2 <i>Litteratursøk</i>	7
3.3 <i>Kildekritikk</i>	7
3.4 <i>Etiske overveielser</i>	8
<b>4.0 Resultat</b>	<b>9</b>
4.1 <i>Presentasjon av forskningsartiklene</i>	9
4.2 <i>Hovedfunn</i>	15
<b>5.0 Hvordan gi omsorg ved livets slutt til pasienter med kreft?</b>	<b>16</b>
5.1 <i>Ivaretagelse av kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier</i>	16
5.2 <i>Det gode stell</i>	18
5.3 <i>Omsorg gjennom berøring</i>	20
5.4 <i>Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov</i>	22
<b>6.0 Avslutning</b>	<b>26</b>
<b>7.0 Referanseliste</b>	<b>27</b>
<b>8.0 Vedlegg</b>	<b>30</b>
Vedlegg 1 - <i>Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning</i>	30
Vedlegg 2 - <i>Søkeprosessen</i>	34

## 1.0 Innledning

Hvert år øker antallet krefttilfeller i Norge og økningen bunnar i all hovedsak i at befolkningen blir eldre samt øker i antall, og i 2015 ble det registrert 32 592 nye tilfeller i Kreftregisteret. Siden 2014 har kreftforekomsten økt med om lag 3 prosent og økningen er relativt likt fordelt mellom kvinner og menn. Samme år var 25 prosent av alle dødsfallene i Norge forårsaket av kreft (Larsen, Møller, Johannesen, Larønningen, Robsahm, Grimsrud & Ursin, 2016, Kreftregisteret 2016). Pasienter med kreft utgjør om lag 95% av pasientgruppen som mottar palliativ behandling i norske sykehus (Helsedirektoratet, 2015). Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom forstås med dette som en stor økende gruppe som har behov for palliativ behandling og omsorg.

Opplevelsen min fra praksis er at pasienter med kreft i palliativ fase og deres pårørende er i en situasjon hvor det oppleves vanskelig å forstå samt å akseptere situasjonen de befinner seg i. Det er sykepleierens oppgave å kartlegge samt sette i gang tiltak slik at pasienten mottar god og helhetlig sykepleie ved livets slutt. Gjennom sykepleiestudiet har det vært mindre fokus på omsorg og lindring av lidelse hos pasienter med kreft ved livets slutt. På bakgrunn av dette er det essensielt å tilegne seg mer kunnskap om dette temaet samt at det er en gruppe pasienter man i stor grad kan møte gjennom flere fagdisipliner i helsevesenet.

Tema for min bachelor oppgave ble valgt på bakgrunn av flere aspekter. Det må være faglig relevant og være nyttig etter endt utdanning som sykepleier samt at temaet berørte meg personlig. Den palliative fasen hos pasienter med kreft og deres behov er på bakgrunn av dette et område jeg fant det naturlig og interessant å fordype meg i.

### 1.1 Problemstilling, presisering og avgrensning

Ut i fra denne bakgrunn har jeg valgt problemstillingen; Hvordan gi omsorg ved livets slutt til pasienter med kreft?

Den palliative fasen er et omfattende tema som inkluderer både farmakologisk behandling og ikke-farmakologisk behandling. Pasienter med uhelbredelig kreft som er i palliativ fase har ofte flere alvorlig symptomer som krever medisinsk behandling, som er sentralt for å oppleve god pleie. Som følge av en uhelbredelig kreftdiagnose kan mange oppleve både fysiske og psykiske belastninger. Hovedfokuset er den ikke-farmakologiske behandlingen sykepleier kan

iverksette for lindre lidelse hos pasienter med kreft i den siste palliative fasen, når pasienten er innlagt på sykehus. Herunder pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov, behovet for omsorg, livskvalitet og håp. Velger å ikke gå inn i begrepene livskvalitet og håp mer en at det i denne sammenheng omhandler å ha det godt i øyeblikket. Det vil være sentralt å forstå lidelse og se viktigheten av kommunikasjon og relasjon for å kunne gi omsorg til pasienter ved livets slutt. Pårørende vil bli omtalt i oppgaven i forbindelse som et støtteapparat for pasienten, utyper ikke pårørendes behov. Videre vil åndelig og eksistensielle behov ikke bli vektlagt.

## 2.0 Teori

Oppgavens teorikapittel vil synliggjøre det sykepleiefaglige perspektivet som er valgt; Katie Erikssons perspektiv på omsorg og lidelse og Kari Martinsens omsorgsteori. Det vil også inneholde annen sykepleiefaglig litteratur om reaksjoner ved livets slutt og palliativ fase.

### 2.1 Katie Erikssons perspektiv på omsorg og lidelse

Katie Eriksson definerer lidelse som;

Lidelsen er noget helt igennem ondt og har ingen mening i sig selv, men ved at gå igennem sin lidelse, kan det enkelte menneske finde en mening med den (...) Liv og død, lidelse og lyst er kernen i alt menneskeligt liv (...) Lidelsen er en kamp for menneskets værdighed og frihed til at være menneske (Sitert i Eriksson, 2012, s. 15).

Erikssons sykepleieteori innebefatter et sammensatt syn på lidelse og hun deler begrepet inn i tre ulike former for lidelse. Sykdomslidelse som hun definerer som den lidelsen pasienten opplever som er direkte forbundet med sykdommen. Sykdom og behandling i seg selv kan påføre pasienten lidelse, særlig ved at pasienten påføres smerte. Ofte opplever pasienten at den fysiske smerten kan relateres til en bestemt del av kroppen og at den opptar hele menneskets oppmerksomhet, dette resulterer noen ganger i at personen ikke klarer å fokusere på å beherske lidelsen (Eriksson, 2012, s. 77).

Hun viser til pleielidelse som kan forklares som den subjektive opplevelsen til pasienten som omhandler opplevelsen av pleiesituasjonen. Pleielidelse omhandler krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse samt mangel på pleie (Eriksson, 2012, s. 80-81). Det siste begrepet Eriksson trekker frem under lidelse er livslidelse, det blir beskrevet som den lidelsen, hvor det oppleves i relasjon til ens eget, enestående liv – å leve samt ikke å leve (Eriksson, 2012, s.77). Mennesket står overfor en lidelse som favner over hele livssituasjonen til den det angår (Eriksson, 2012, s. 88).

Eriksson beskriver lidelse som en del av livet og at mennesker på ulikt vis vil prøve å lindre egen lidelse. Hun trekker frem fem punkter i menneskets forsøk på å lindre lidelse; tilintetgjørelse av lidelsen, forakt for lidelsen, flukt fra lidelsen og resignasjon fra lidelsen. Det siste er ydmykhet for lidelsen, som betyr at mennesket prøver å finne mening med lidelsen. Lidelse medfører en opplevelse av håpløshet og har derfor bruk for håp for å kunne lindres (Eriksson, 2012, s. 72).



## 2.2 Kari Martinsens omsorgsteori

Omsorg for Martinsen er et ontologisk fenomen, det betyr at det er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorgens vesentlige betydning knyttes til at det mest grunnleggende i menneskets livsløp er at mennesker er avhengige av hverandre (Kirkevold, 1992, s. 132).

Martinsen innleder med at omsorg er et begrep som er kjent for oss fra dagliglivet og beskriver det som å ”bekymre seg for” og ”vise omtanke for”. Ordene uttrykker ulike sider ved begrepet omsorg samt at det sentraliserer begrepet innen sykepleien, dette fordi omsorg forutsetter to parter, en person som har omtenkksomhet og bekymring for den andre. Når én lider vil den andre ”sørge”, i denne sammenheng lide sammen med, samt sørge for å lindre lidelsen. På bakgrunn av dette kan man fastslå at omsorg har med hvordan mennesker forholder seg til hverandre, hvordan mennesker viser omtanke for hverandre (Martinsen, 2012, s.67-69).

Martinsen deler omsorgsbegrepet i tre dimensjoner, den praktiske, moralske og den relasjonelle dimensjonen (Martinsen, 2012, s.14-17). Omsorg som et relasjonelt begrep omfatter å hjelpe og ta hånd om. Omsorg har med nestekjærlighet og gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Omsorg som et relasjonelt begrep tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av andre (Martinsen, 2012, s. 14). Omsorg uttrykkes ved hjelp av en bestemt ”holdning” og preges av at omsorgsyteren ”anerkjenner den andre ut i fra dens situasjon”. Forståelse for andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt (Kirkevold, 1992, s. 132). Forståelse tilegnes gjennom å gjøre ting sammen med andre, man utvikler felles erfaring som kan brukes som et redskap for å forstå hvordan den andre forholder seg til sin situasjon. En fundamental kvalitet med omsorg er at omsorg kan benevnes som en sosial relasjon ettersom den har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. (Martinsen, 2012, s. 71).

Hun trekker frem gjensidighet i omsorgsteorien, dette bunner i at det å ha omsorg for hverandre gir gjensidighet. Innen for sykepleiefaget beskriver hun generalisert gjensidighet på bakgrunn av at man som sykepleier ”sørger for” den andre uten å forvente noe tilbake. Forholdet forklares ved at den ene er forpliktet til å gi mer enn hva den får igjen (Martinsen, 2012, s. 72).

### 2.3 Reaksjoner ved livets slutt og palliativ fase

Pasienter i palliativ fase har ulike behov og det å bli rammet av inkurabel kreft sykdom vil for de fleste innebære en rekke trusler både på det fysiske-, psykologiske og sosiale plan. Det kan innebære en trussel mot selve livet, kroppens integritet, selvoppfatning, følelsesmessig likevekt og sosialt livsinnhold (Hytten, 1998, s. 36). Målet i den palliative fasen er å lindre eller forebygge symptomer som følge av sykdommen (Kaasa, 1998, s.187).

Palliativ omsorg er en form for behandling pasienter mottar ved livets slutt, Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliativ omsorg slik;

Palliativ omsorg er en tilnærming som forbedrer livskvaliteten for pasientene og deres familier som står overfor problemet forbundet med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse ved hjelp av tidlig identifisering og upåklagelig vurdering og behandling av smerter og andre problemer, fysiske, psykososiale og åndelige (Siteret i Kaasa, 2016, s.36).

For pasienter som kategoriseres innenfor den sene palliative fasen er døden forventet innen kort tid, ofte dreier det seg om uker eller måneder. I de fleste tilfeller er ikke målet å forlenge eller forkorte livet uten at det skapes forutsetninger for livskvalitet på tross av alvorlig sykdom (Beck-Friis, Strang, 2005, s.13).

En essensiell del av den palliative fasen for alvorlig syke og dødende pasienter er det helhetlige menneskesynet som et fundament. Det slås fast at det er vesentlig å ivareta pasientens fysiske, psykiske og sosiale og åndelige eller eksistensielle behov på en faglig god måte (Juul, Hirsch, 2007, s. 115).

## 3.0 Metode

Dalland skriver at metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Valg av én bestemt metode gjøres på bakgrunn av at vi mener den vil gi gunstig data slik at vi kan belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte. Metode kan derfor forklares som et redskap i møte med det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2015, s.111-112).

### 3.1 Litteraturstudie som kvalitativ metode

For å besvare problemstillingen min er systematisk litteraturstudie benyttet som metode i oppgaven. Data som er benyttet er funnet i forskningsartikler og skal drøftes i lys av sykepleieteori og annen relevant litteratur. Dataene skal tas i bruk for å svare på problemstillingen.

En litteraturstudie kan defineres som en litteraturoversikt eller en forskningsoversikt. I et litteraturstudie beskrives og analyseres selvvalgte studier (Forsberg, Wengström, 2013, s. 25). En litteraturstudie omhandler en systematisk søkeprosess, deretter kritisk granske samt definere litteraturen innenfor et valgt emne og problemstilling. Innen et litteraturstudie skal man ha fokuset på aktuell forskning som holder seg innenfor rammene for det emnet man har valgt og å finne et grunnlag for klinisk virksomhet. Litteraturen danner informasjonskilden og innsamlet data bygger på vitenskapelige tidsskifter eller andre vitenskapelige rapporter (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30).

Kvalitativ metode har som hensikt å samle inn data om menneskelige egenskaper, dette inkluderer meninger, opplevelser, erfaringer, holdninger, forventninger blant annet samt det å få frem nye nyanser. Datainnsamlingen gjøres ved hjelp av observasjon, feltarbeid, intervjuer og dokumentanalyser. Kvalitativ metode kjennetegnes ved at den gir dybdekunnskap, som betyr at man får flere opplysninger fra få undersøkelsesobjekter (Thidemann, 2015, s.78).

### 3.2 Litteratursøk

Jeg startet søket etter forskningsartikler i databasen SveMed, på bakgrunn av målet om å finne relevante artikler med norske resultater. Funnene av artiklene var få og belyste ikke problemstillingen i oppgaven. Videre ble CINAHL og Pubmed valgt som database, hvor det var et større kvantum resultater. Etter mange søk med treff som inneholdt lite relevante data for problemstillingen måtte jeg utvide søket mitt. Jeg systematiserte søkeord på bakgrunn av ordlyden i problemstillingen, anvendte ulike kombinasjoner av søkeordene og benyttet dem om hverandre i de ulike databasene. Søkeordene jeg anvendte var ”Neoplasms\*”, ”cancer”, ”cancer patient”, ”oncology”, ”palliative care”, ”end of life care”, ”terminal care”, ”terminal ill”, ”terminally ill”, ”terminal”, ”non-pharmalogical”, ”psychological well-being”, ”symptom relief”, ”symptom”, ”alleviate symptom”, ”relive symptom”, ”relive”, ”relieving suffering”, ”alleviate”, ”alleviate suffering”, ”quality of life”, ”patients perspective”, ”suffering”, ”communications barrier”, ”communication”, ”nurses perception” og ”qualitative”. Artiklene som fremstilles i denne oppgaven har bakgrunn i disse søkene.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler ulike metoder som kan tas i bruk for å fastslå om en kilde er oppriktig, metoden inkluderer en vurdering og karakterisering av kildene som anvendes (Dalland, 2015, s. 67). Gjennom kildekritikken skal en kunne fremvise at man er i stand til å kritisk vurdere kildematerialet som benyttes i oppgaven samt hvilke kriterier som er valgt ved utvelgelsen. Hensikten med kildekritikken er at leseren skal kunne få ett innblikk i refleksjonene man har tatt i bruk for å vurdere relevans og gyldighet til litteraturen som er valgt for å belyse problemstillingen (Dalland, 2015, s. 72).

I gjennomgangen av litteraturen hadde jeg et krav om at forskningsartiklene enten skulle være på norsk, dansk, svensk eller engelsk, sykepleiefagligrelevant, relevant for problemstillingen min og publisert etter 2007 (10 år gamle) i tillegg til at de var tilgjengelige i fulltekst. Jeg ønsket å inkludere både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven. Jeg fant flere kvalitative artikler enn kvantitative artikler, dette bunner sannsynligvis i at det finnes mest kvalitativ forskning når en snakker om opplevelsen av omsorg, pasient opplevelser og erfaringer. Artiklene med lite utvalg har en begrensning i den forstand at man ikke har mulighet til å generalisere forskningen. De er likevel fremstilt på bakgrunn av at de inneholder interessante og viktige momenter som omhandler den enkeltes pasients erfaringer og opplevelser som jeg vil belyse i oppgaven.

Kritisk vurdering av forskning er anvendt gjennom sjekklister for vurdering av kvalitative studier og sjekklister for vurdering av prevalensstudie (Kunnskapssenteret, 2017). Se vedlegg 1. Ved valgutvelgelse av artiklene ble overskriftene på søkeresultatet kontrollert mot oppgavens problemstilling, deretter lest sammendragene for å se om artiklene vekket interesse og raskt lest gjennom de som opplevdes å ha relevans til oppgaven. Deretter har jeg lest nøye gjennom artiklenes innhold og notert underveis. Jeg har under hele søkeprosessen vurdert innholdets relevans mot problemstillingen i tillegg søkt etter artikler som belyser pasienters opplevelse av palliativ behandling og omsorg samt sykepleiers erfaringer av å gi palliativ omsorg og kommunikasjon til denne pasientgruppen. Artiklene som er valgt for oppgaven er internasjonale artikler, skrevet på engelsk og kan dermed benyttes i internasjonal kommunikasjon. Primærlitteratur og sekundærlitteratur, pensumlitteratur, forskning og retningslinjer er benyttet da det ansees relevant for å besvare problemstillingen på en faglig måte. I tillegg til litteraturstudie som metode vil drøftingskapittelet også inneholde egne erfaringer fra praksis med palliative behandling, omsorg og pasienter rammet av uhelbredelig kreft.

### **3.4 Ethiske overveielser**

I bacheloroppgaven min skal det ikke behandles sensitive opplysninger, da dette er gjort i utvalgt litteratur. Jeg har uavhengig av dette vært bevisst rundt å velge forskningsartikler som enten har fått godkjenning av en etisk komité, eller hvor personvern har blitt ivaretatt. Dette er med på å styrke artiklenes troverdighet og validitet. Videre er anerkjente referanser tatt i bruk etter etterrettelighet og redelighet ved henvisning til valgt litteratur. Jeg har vært påpasselig med å formulere litteraturen på en så korrekt måte som mulig uten å kopiere den, dette for å unngå plagiat.

I oppgaven vil det inkluderes egne erfaringer fra praksisfeltet og delt erfaring må holdes innen et etisk perspektiv, herunder også taushetsplikten. Temaet i oppgaven og problemstillingen har en etisk vinkling, og hovedfokus av forskning er basert på kvalitative studier som tar sikte på følelser, meninger og oppfatninger.

## 4.0 Resultat

Oppgavens resultatkapittel inneholder en presentasjon av forskningsartiklene som er anvendt for å drøfte problemstillingen.

### 4.1 Presentasjon av forskningsartiklene

#### **Artikkel 1: Complexity in non-pharmacological caregiving activities at the end of life: An international qualitative study**

**Forfattere:** Lindqvist, O., Tishelman, C., Hagelin, C. L., Clark, J. B., Daud, M. L., Dickman, A., Benedetti, F. D., Galushko, M., Lunder, U., Lundquist, G., Miccinesi, G., Sauter, S. B., Fürst, C. J., Rasmussen, B. H. (2012)

**Hensikt, metode og målgruppe:** Kartlegge og finne ny kunnskap angående omfanget av ikke-farmakologiske omsorgsaktiviteter som kan tas i bruk ved livets slutt. Studien er kvalitativ og de etiske prinsippene for forskning ble fulgt i henhold til normer i hver av de ni involverte landene. Det ble tatt i bruk en gratis oppføringsteknikk for å kunne identifisere de ulike ikke-farmakologiske aktivitetene som ble tatt i bruk ved livets slutt. I studien ble det samlet inn empirisk data som er generert fra ansatte innen det palliative feltet fra 16 fasiliteter over ni land. Det ble i alt analysert 914 uttalelser i forbindelse med studien.

**Funn og konklusjon:** Basert på dataene som ble samlet inn og analysert argumenterer forfatterne for at den palliative omsorgen ved livets slutt er mangfoldig og inkluderer psykologiske, sosiale, fysiske, åndelige og eksistensiell omsorg sammenvevd i omsorgsaktiviteter. Det kommer frem i studien at det er særdeles viktig å sørge for å dekke menneskets grunnleggende behov nær døden samt at det fremstilles komplekst og sofistikert. Dette på bakgrunn av at det er nødvendig å ha et nyansert syn på omsorgen overfor den døende og erkjenne respekt samt videreutvikle omsorgen ved livets slutt.

## **Artikkel 2: Psychosocial concerns in patients with advanced cancer: An observational study at regional cancer centre, India.**

**Forfattere:** Mishra, S., Bhatnagar, S., Philip, F., Singhal, V., Rana, S., Upadhyay, S., & Chauhan, G. (2010).

**Hensikt, metode og målgruppe:** Studiens hensikt var å identifisere utbredelsen av psykososiale problemer hos pasienter med kreft som var innlagt på kreftavdeling og kartlegge pasientenes behov for å bli møtt på eventuelle bekymringer. Studien baseres på en kvantitativ metode. Det var totalt 100 pasienter som deltok. Det ble utarbeidet et beskrivende spørreskjema, som omfattet pasientenes psykiske aspekt av sykdommen og emosjonelle sider som var ledsaget av kreftdiagnosen. Pasientens kunnskap om egen sykdom og prognose ble også vurdert. Inkludert i spørreskjemaet var også pasientens frykt for sykdommen og dens følgetilstander, bekymring for lidelse, frykt for døden eller selvmordstanker i tillegg til økonomiske bekymringer. Det ble spurt om pasientens sosiale situasjon etter diagnostisering av kreft, støtteapparatet til pasienten i sykdomsperioden og eventuelle manglende evner til å delta på aktiviteter som en gjorde før.

**Funn:** Funnene i studien ble analysert og det var et flertall av pasientene som var klar over hva diagnosen innebar, men ikke klar over prognosen diagnosen medførte. Det ble beskrevet at pasientenes pårørende var de som ivaretok fysiske og følelsesmessige behov, samt at familien hadde den støttende funksjonen. Det fremkom i studien en generell angst hos de fleste pasientene som vedrørte sykdommen og frykt for lidelse. Noen av pasientene ønsket å dø for å unngå lidelse. Flere påpekte at den manglende evnen til å gjøre ting som de kunne gjøre før som et stort problem. De fleste pasientene beskrev det å være del av et sosialt miljø som positivt på tross av sykdommen.

**Konklusjon:** Studiens konklusjon innebærer at pasientene har behov for trøstende ord, oppmerksomhet rundt psykososiale behov og støtte og hjelp for å håndtere den økonomiske situasjonen før pasienten forlater sin familie.

### **Artikkel 3: Hospital nurses' views of the signs and symptoms that herald the onset of the dying phase in oncology patients**

**Forfattere:** van der Werff, G. F., Paans, W., & Nieweg, R. M (2012).

**Hensikt, metode og målgruppe:** Studiens hensikt var å undersøke hva som var viktig i ivaretagelsen av pasienter ved livets slutt. Studien baseres på kvalitativ metode. Det ble utarbeidet tre fokusgrupper med totalt 18 deltakende sykepleiere. Vesentlig for denne metoden var at alle deltakerne fikk dele sine synspunkter, og fokuset lå på signaler og symptomer som markerer at pasienten var ved livets slutt. Det var ønskelig å få frem både objektive signaler og subjektive symptomer. De ble således inndelt i fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov.

**Funn, konklusjon:** Det ble identifisert ni kategorier av diagnostiske signaler og symptomer på at pasienten var ved livets slutt, endring i lungefunksjon, endring i blodsirkulasjon, forverring av fysisk tilstand, endring i psykisk tilstand, redusert oralt inntak, endring i eliminasjon, smerte, endring i bevissthet og endring i åndelig erfaring. Resultatene gir informasjon om signaler og symptomer relatert til den dødene fasen. Det er nødvendig med videre forskning av signaler og symptomer ved livets slutt da de kan variere mellom ulike typer kreft.



#### **Artikkel 4: A Quality End of Life from a Palliative Care Patient's Perspective**

**Forfattere:** Gourджи, I., McVey, L., & Purden, M. (2009).

**Hensikt, metode og målgruppe:** Studiens hensikt var å undersøke betydningen av palliativ behandling sett fra palliative pasienters perspektiv. Dette ble gjennomført ved å undersøke hva som bidrar til egen livskvalitet. Studien baseres på kvalitativ metode. Ti pasienter – fem kvinner og fem menn – deltok i dybde, semi-strukturerte intervjuer. Gjennomgående hos deltakerne var betydningen av livskvalitet basert på kvaliteten de opplevde på det stadiet de var på i sin sykdom, opplevelsen av å leve med sykdommen og faktorer som bidro til egen livskvalitet.

**Funn og konklusjon:** Studiens funn er betydningen av forståelse for hver av disse faktorene: pasientenes tilnærming til livet, sykdomsliv, ideell livskvalitet og hva de betyr for den enkelte pasient å kunne skreddersy tiltak som kan bidra med å forbedre egen livskvalitet. Deltakerne så på det å kunne opprettholde en følelse av normalitet, bidra til trivsel for andre og oppleve omsorg og støtte som noen av faktorene som bidro til kvalitet. De beskrev dette som ”å være i stand til å gjøre de tingene jeg vanligvis gjør”, ”å være nyttig for andre mennesker” og ”å være en del av et omsorgsfullt miljø”. Funnene i studien tyder på at det er behov for å arbeide videre mot en bedre forståelse av livskvalitet ved livets slutt.

## **Artikkel 5: Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study**

**Forfattere:** Rui-Shuang, Z., Qiao-Hong, G., Feng, Qi, D., & Owens R. G. (2015).

**Hensikt, metode og målgruppe:** Studiens hensikt er å belyse kinesiske onkologiske sykepleieres erfaring med omsorg for døende pasienter med kreft. Studien er basert på kvalitativ metode. Utvalget i studien ble rekruttert ved hjelp av målrettet prøvetaking. For å kunne delta måtte sykepleierne ha jobbet palliative pasienter i minst seks måneder. Utvalget består av 28 sykepleiere som deltok i individuelle semi-strukturerte intervjuer.

**Funn:** Det ble identifisert fem hovedtemaer; omsorg for døende pasienter, omsorg for den døende sine pårørende, kulturell sensitivitet og kommunikasjon, moralsk nød og personlige begrensninger, personlig refleksjon og nyttige funn. Det fremkommer i studien at sykepleierne opplever det vesentlig å gi grunnleggende sykepleie til døende pasienter samt å beholde pasientenes verdighet mot døden. I tillegg var det viktig for sykepleierne å snakke med pasientene om døden ettersom dette var med på å redusere psykologiske stressfaktorer hos pasientene. Sykepleierne beskrev det å gi omsorg til døende pasienter som en dyp og unik opplevelse.

**Konklusjon:** Konklusjonen baseres på at sykepleiere opplever seg selv uerfarne i det å gi omsorg for og kommunisere med døende pasienter, i tillegg til at det anses vesentlig å tilrettelegge for bedre opplæring til sykepleiere som jobber med pasienter med kreft ved livets slutt.

## **Artikkel 6: Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore.**

**Forfattere:** Tay, L., Ang, E., & Hegney, D. (2012).

**Hensikt, metode og målgruppe:** Hensikten med studien var å identifisere ulike faktorer som påvirker kommunikasjonen mellom sykepleiere og voksne, inneliggende, onkologiske pasienter. Studien er basert på kvalitativ metode Det ble etablert en flyer som var utarbeidet i den onkologiske avdelingen hvor studien ble gjennomført. De som responderte på flyeren ble valgt gjennom en målrettet teknikk. Det ble intervjuet 10 kvinnelige sykepleiere gjennom semi-strukturerte intervjuer som skulle utforske deltakernes oppfatninger av hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonen med inneliggende, onkologiske pasienter.

**Funn:** Totalt ble fire temaer identifisert; egenskapene til pasientene, egenskapene til sykepleier, sykepleier-pasient relasjonen og miljøet. Innenfor pasientegenskaper kom det frem at sykdomsbildet, lite respekt for sykepleiere og krevende pasienter påvirker kommunikasjonen. Sykepleieregenskaper som skaper gjør kommunikasjonen vanskelig er hemmende følelser. Innen sykepleie-pasient relasjonen er flerkulturelle pasienter og språkvansker ødeleggende. Miljøet, herunder sykepleieledelsen, er ødeleggende for interaksjonen mellom sykepleier og pasient.

**Konklusjon:** Kommunikasjon kan ansees å være både flerdimensjonal og multifaktoriell. Generelt er flere av temaene sammenfallende med litteratur som eksisterer rundt dette temaet og man kan diskutere pasient, sykepleier og miljømessige faktorer som påvirker betydningen for effektiv kommunikasjon. Dette gjelder ikke kun i onkologiske avdelinger, men også i andre sykepleiesammenhenger i praksisfeltet.

## 4.2 Hovedfunn

Hovedfunnene i forskningsartiklene viser at det er flere vesentlige momenter som spiller inn på hvordan pasienter med uhelbredelig kreft opplever den palliative fasen. Flere av artiklene retter fokus mot det å dekke de fysiske, grunnleggende behovene hos pasientene.

Kommunikasjon og relasjon er begreper som fremkommer av artiklene og som det legges stor vekt på, i forhold til hva som påvirker kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. De psykososiale behovene, som å ha en opprettholdelse av et sosialt liv spiller en stor rolle, i tillegg til å motta omsorg og støtte i den palliative fasen. Ut i fra artiklene fremkom fire hovedkategorier som belyser viktige momenter som det er viktig at sykepleier har fokus på når en gir omsorg til pasienter med kreft ved livets slutt, og vil drøftes videre mot annen aktuell litteratur. Hovedkategoriene er:

- Ivaretagelse av kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier
- Det gode stell
- Omsorg gjennom berøring
- Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov

## 5.0 Hvordan gi omsorg ved livets slutt til pasienter med kreft?

I oppgavens drøftingskapittel vil jeg vise til momentene fra punkt 4.2 og drøfte disse opp mot Katie Erikssons perspektiv på omsorg og lidelse samt Kari Martinsens omsorgstenkning. Momenter som vil belyses er hvordan fremme kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier, det gode stell, omsorg gjennom berøring og ivaretagelse av pasientens psykososiale behov.

### 5.1 Ivaretagelse av kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier

Sykepleiere har erfart at det var vanskelig å kommunisere med pasienter ved livets slutt, da de ikke var åpne for å kommunisere (Tay, Ang, & Hegney, 2012; Rui-Shuang, Qiao-Hong, Feng, Qi & Owens, 2015). En sykepleier uttalte seg; "(...) my experience is that most of them are quite quite. They are very quite... so communication-wise um, not that easy (...)" (Tay et al., 2012). En annen sykepleier opplevde at pasientene var nedfor og motvillig til å kommunisere, "They were gloomy and reluctant to talk with us, as if they were isolated from all of us" (Rui-Shuang et al., 2015). Eriksson beskriver at lidelse som dreper, utsletter mennesket. Mennesket opplever håpløshet, tristhet, ydmykelse og ensomhet (Eriksson, 2012, s.20). Ut i fra dette ser man at kommunikasjon kan være utfordrende med den døende pasient. I følge Svarre (1998, s. 63) kan pasienter bli innadvendte og forsøke å unngå kontakt med omverdenen. Pasienter med uhelbredelig sykdom er svært sårbare. Det å stille åpne spørsmål til pasienten vil gi vedkommende mulighet til å fortelle fritt, samtidig som man viser at man bryr seg ved å gi korte bekræftende ord eller ved små nikk som kan være med på å vise omsorg for pasienter med kreft ved livet slutt (Wist & Kaasa, 1998, s.101,107,110-111).

Det er en rekke grunnleggende aspekter av kommunikasjonsferdigheter som kan bidra til å bedre kommunikasjon. Disse omfatter å lytte, observere den andres nonverbale og verbale kommunikasjon, skape gode og likeverdige situasjoner, møte den andres behov og ønsker på en god måte, stimulere den andres ressurser, åpne for nye handlingsvalg og evne å åpent forholde seg til vanskelige følelser samt å samarbeide om å finne gode løsninger (Eide & Eide 2009, s. 21). Min oppfatning er på bakgrunn av dette at det er viktig at sykepleier evner å skape en god relasjon til pasienten ved livets slutt. Dette fordi at en da kan tilpasse kommunikasjonen ettersom pasienten er i en sårbar situasjon og kanskje ikke alltid er like mottakelig for å kommunisere. Det er av stor betydning at sykepleier møter pasienten hvor vedkommende er følelsesmessig og evner å være tilstede og kommunisere med pasienten om

det pasienten har behov for. Dette kan bidra til at pasienten opplever omsorg i tillegg til at vedkommende opplever seg i varetatt ved livets slutt.

Sykepleiere beskrev at egen frykt hadde hemmende innflytelse i kommunikasjon med pasienter ved livets slutt. Dette kom til syne i situasjoner hvor de ikke klarte å svare på pasientenes spørsmål eller når de måtte gi ugunstig informasjon (Tay et al., 2012).

I følge Eriksson (2012, s. 89) kan sykepleier oppleve det vanskelig å vurdere hvordan man skal opptre i møte med pasienter med alvorlige lidelser og uhelbredelig sykdom. Pasienter med uhelbredelig sykdom spør ofte hvor lenge de har igjen å leve, noe som kan være utfordrende å anslå (Wist & Kaasa, 1998, s. 114). I noen tilfeller kan det være betydningsfullt for pasienten å få antydning om det dreier seg om en begrenset tid, dette spesielt hvor pasienten har noe "uoppgjort" som har påført pasienten lidelse. Det kan i andre tilfeller være ugunstig å utlevere hvor lang tid pasienten har igjen, da en ønsker å bidra til å bevare pasientens håp og en best mulig tid ved livets slutt. Formidling av håp er ikke ensbetydende med å skape forhåpninger om helbredelse. Flere opplever livet meningsfullt fordi det er uvisst når livet tar slutt. Dersom en informerer om dødstidspunktet kan dette utløse håpløshet hos pasienten, noe som kan ha negativ betydning for deres livskvalitet og gjenstående tid å leve (Falkmer & Kaasa, 1998, s.127).

I sykepleierens møte med pasienter og pårørende i en vanskelig situasjon er det ikke alltid det som henholdsvis blir sagt som er særlig betydning, heller hvordan sykepleier formidler seg. Pasienten kan være utrøstelig og sykepleier må prøve å gjøre situasjonen så enkel som mulig å bære. På en side gjøres dette fortrinnsvis gjennom stemmens varhet, blikk kontakt, håndtrykk og oppmerksomhet samt at sykepleier gjennom sitt nærvær signaliserer en at en er tilgjengelig for pasienten. Dette kan bidra til at den kreftsyke pasienten får en opplevelse av å bli sett og bekreftet som menneske (Lorentsen & Grov, 2013, s. 407-408). På den andre siden er det avgjørende, i kontakten med den døende, at sykepleier evner å lytte fordomsfritt, interessert og engasjert til pasienten. Herunder vesentlig at sykepleier tar pasienten alvorlig knyttet til det pasienten selv har behov for å snakke om (Svarre, 1998, s. 60).

Ut i fra dette kan en forstå at det er viktig at sykepleier lar samtalen skje på pasienten sine premisser og at sykepleier tilstreber å være tilstede for å lytte og viser omsorg gjennom non-verbal kommunikasjon. Min erfaring i møte med pasienter med inkurabel kreftsykdom er at det kan gi en opplevelse av omsorg i at sykepleier bare er tilstede. Jeg opplever at relasjonens

betydning i det å gi omsorg til pasienter med kreft er viktig, dette bunner i at det foreligger et forhold mellom pasient og sykepleier som bidrar til at sykepleier lettere kan tilrettelegge for en omsorgsfull slutt på livet. Slik jeg ser det kan det være hensiktsmessig for pasienten at vedkommende selv setter ord på egen situasjon, dersom det etterspørres informasjon om egen tilstand i forbindelse med død. Dette i stedet for å gi ”dårlige” nyheter om pasientens kliniske tilstand og sykepleiers oppfatning om en nært forestående død.

## 5.2 Det gode stell

Ivaretagelse av pasientens kroppslige behov er av stor betydning i å gi omsorg til pasienter ved livets slutt (Werff, Paans & Nieweg 2015; Lindqvist, Tishelman, Hagelin, Clark, Daud, Dickman, Benedetti, Galushko, Lunder, Lundquist, Miccinesi, Sauter, Fürst, Rasmussen, 2012). Sykepleierne som deltok i Werff et al (2015) sin studie, beskrev at forverring i fysisk funksjon kan ansees som et tegn på at pasienter med kreft går inn i den siste fasen av livet. Dette ble begrunnet av sykepleiernes observasjon av pasientenes uttalte tretthet, dette til tross for at de opplevde utfordringer med å få sove, i tillegg til en opplevelse av svakhet og mangel på energi. Det fremkom også at endring i bevissthet er et tegn på en inntredelse i den siste fasen av livet, dette grunner i pasientenes nedsatte bevissthet og manglende evne til å kommunisere. En sykepleier sa; ”Subconsciousness, the fact that people no longer react or are alert. Indeed, [they are] more and more lethargic to the point where you no longer can make contact” (Werff et al., 2015). Bevissthetstilstanden til døende pasienter svekkes gradvis og vil omsider gå over i bevisstløshet (Mathisen, 2014, s. 318). Katie Eriksson definerer pleie som den mest grunnleggende formen for omsorg, og kjennetegnes ved at varme, nærhet og berøring fører til kroppslig velbehag (Kirkevold, 1992, s. 148). Min opplevelse er som det belyses i artiklene at pasientene blir mindre kontaktbare i overgangen til den palliative fasen. På tross av dette kan enkelte pasienter være våken og kontaktbar helt til døden inntreffer.

Sykepleierne vektla å gjøre sitt ytterste for å oppnå god fysisk komfort for pasientene. Fokuset lå på kroppsstell, påkledning, stillingsendring og god hvilestilling (Rui-Shuang et al., 2015). I følge Kari Martinsen er det pasientens tilstand som strukturerer arbeidet og en sørger for den andre ut i fra mottakers situasjon. En slik situasjonsforståelse krever innsikt i menneskets livssituasjon, hva som er muligheter og svakheter hos den enkelte. Det er vesentlig at en er klar over balansegangen mellom at omsorgsyter overtar for mye ansvar og respekten for menneskets selvbestemmelse (Martinsen, 2012, s. 16). Pasienter og sykepleiere opplever et godt stell som betydningsfullt for å unngå tap av selvkontroll hos pasienter med

kreft. Det fysiske stellet kan på den ene siden skape gode muligheter for sykepleier til å observere og vurdere pasientens fysiske tilstand og på den måten tilegne seg nyttig informasjon, der i blant grad av smerte i bevegelse, fysiske symptomer og i hvilken grad pasienten klarer å stelle seg selv. Det er derimot viktig at disse observasjonene er gjort av sykepleier før pasienten går inn i den siste fasen av livet, dette for å kunne sammenlikne tilstanden fra dag til dag for å evne ivareta pasientens opplevelse av selvkontroll når livet nærmer seg slutten. Når pasienter ikke lenger klarer å utføre dagligdagse aktiviteter som å stelle seg selv, dusje og pusse tenner, står pasienter i fare for å miste selvkontroll (Ahlner-Elmqvist, 1998, s. 597; Kaasa, 1998, s.104). Min forståelse er derfor, at sykepleier til beste evne og så langt det lar seg gjøre, bidrar til at pasienten får beholde sine personlige rutiner og lar pasienten selv bestemme når vedkommende ønsker å stelle seg. Dette kan bidra til at pasienten opplever respekt og kontroll over eget liv. Dette kan resultere i lindring av lidelse og opplevelse av omsorg hos pasienter med kreft ved livets slutt.

Sykepleierne beskrev egen rolle som vesentlig knyttet til å bistå pasienter i grunnleggende stell (Lindqvist et al., 2012; Rui-Shuang et al., 2015). Dette spesielt når pasienten ikke lengre evner å gjøre dette selv. "The nurses indicated that they did their best to promote patients' physical comfort, which included cleaning and dressing, turning over in bed, mouth care (...)" (Rui-Shuang et al., 2015). På en side er det sentralt ved bistand i grunnleggende stell hos pasienter med kreft ved livets slutt at fokuset til sykepleier ligger på hjelp til kroppsvask, beskyttelse av huden og hjelp til munnstell. Det er i tillegg essensielt at sykepleier tilpasser for god hvilestilling, dette ved hjelp av puter slik at pasienten er mest mulig komfortabel. En sykepleier sa; "Attending to diverse bodily needs while maintaining comfort, dignity, and a connection with the individual's daily life, e.g., by cleaning and protecting the skin using the person's favorite ointments" (Lindqvist et al., 2012). Det ble beskrevet av sykepleierne at munnstell var en viktig del av det grunnleggende stellet; "different ways to clean or moisten a person's mouth to provide oral care for the individual's comfort" (Lindqvist et al., 2012). På den andre siden benevner sykepleierne at det er vesentlig å være varsom i forbindelse med å snu pasienten og at en må være påpasselig med å glatte ut eventuelle ujevnheter i lakenet for å bedre komforten til pasienten (Lindqvist et al., 2012). Artikkene viser med dette at det er en essensiell oppgave for sykepleier å ivareta kroppslige behov i tillegg til å legge til rette for god komfort ved livets slutt (Lindqvist et al., 2012; Rui-Shuang et al., 2015). God sykepleie kan bidra til å lindre lidelse og forebygge plager hos pasienter nær døden. Det er vesentlig at sykepleier fortløpende vurderer tiltakende for god pleie opp mot pasientens tilstand. Herunder



vurdere hvor stor påkjenning den fysiske plagen gir pasienten, kontra hvilke ubehag eventuelle behandlingstiltak kan gi. Viktigheten av å avgjøre hva som er i pasientens beste hensikt kan være utfordrende (Mathisen, 2014, s. 313). Martinsen beskriver omsorg som mål i seg selv, dette gjennom konkrete handlinger, ut i fra en faglig vurdering, som er til pasientens beste. Hun definerer dette som god sykepleie, uavhengig av om det har gitt noen form for oppnåelse av andre forhåndsbestemte resultatmål (Kirkevold, 1992, s. 136). Min erfaring er at behovet for å føle seg velstelt kan ha en positiv innvirkning på hvordan pasienten opplever den siste tiden av livet. Det er derfor viktig at sykepleier ser betydningen av å bidra til at pasienten føler seg velstelt, på pasientens egne premisser. Jeg har på en annen side opplevd at i den siste tiden av livet kan kroppsvask og sning i seng kan føre til mer ubehag enn det gir en følelse av å være velstelt og velbehag. Dette bunner i min erfaring at det i noen situasjoner kan fremprovosere smerte og pustestopp eksempelvis. Det er derfor viktig at sykepleier vurderer tilstanden og behovet til pasienten fortløpende. Dersom en vurderer at pasienten på tross av dette har behov for stell, eller pasienten selv ønsker dette, kan en varsomt vaske ansikt og hender som vil gi pasienten en opplevelse av å være velstelt og bestemme over eget liv.

### **5.3 Omsorg gjennom berøring**

Den kreftsyke pasienten kan, som tidligere nevnt, oppleve nedsatt bevissthet, mangel på energi og trøtthet som en stor del av hverdagen (Werff et al., 2012). Når pasienten er i dette stadiet av livet, trekker sykepleierne frem viktigheten av å vise omsorg gjennom berøring (Lindqvist et al., 2012; Rui-Shuang et al., 2015). Sykepleieren kan vise omsorg gjennom berøring ved å holde pasienten i hånden og ved å stryke lett på pasienten; "holding a person's hand, light touch, and/or stroking" (Lindqvist et al., 2012). Artikkene viser at omsorg gjennom berøring kan være en viktig del av omsorgen til pasienter med kreft ved livets slutt (Lindqvist et al., 2012; Rui-Shuang et al., 2015). På en side kan sykepleier bidra til å lindre pasientens lidelse gjennom berøring og blick. En sykepleier uttalte; " (...) not leaving the patient alone, using positive physical contacts like holding hands tightly, touching, or making eye contact, which were described as meaningful ways of expressing their love" (Rui-Shuang et al., 2015). Eriksson (2012, s. 52) skriver at det å bekrefte et menneskets lidelse er et av tre aspekter for å kunne bidra til å lindre lidelse. Bekreftelse av lidelse behøver nødvendigvis ikke gis gjennom verbal kommunikasjon, men kan gis gjennom berøring. Det er derimot viktig at sykepleier ikke forakter pasientens lidelse eller forsøker å bortforklare den. Dette kan medføre at

pasienten opplever å ikke bli møtt med troverdighet eller bli tatt på alvor, som igjen kan forårsake en uttalt opplevelse av lidelse. Wist & Kaasa (1998, s. 106) skriver at å anvende berøring i en vanskelig situasjon, bidrar til å vise nærhet og medfølelse på en profesjonell måte til pasienten. Det er derimot av betydning at sykepleier ikke benytter seg av berøring som omsorg dersom pasienten gir tegn til at vedkommende ikke ønsker den formen for kontakt. I slike situasjoner bør sykepleier forsiktig trekke seg unna. Enkelte pasienter kan misforstå omsorg gjennom berøring, mens andre kan oppleve det unaturlig å motta omsorg på denne måten (Wist & Kaasa, 1998, s. 106). Min oppfatning er at omsorg gjennom berøring er positivt, da man på den ene siden gir omsorg til pasienten ved å berøre vedkommende på en omsorgsfull måte, i tillegg til at man tilegner seg informasjon om pasientens kliniske tilstand, eksempelvis kalde ekstremiteter. På den andre siden er min erfaring at pasienten kan oppleve dette som omsorg og vedkjenner seg ikke at sykepleier tilegner seg klinisk informasjon.

Det å evne å forstå når en bør avstå fra berøring for å gi omsorg, er like vesentlig som å ta i bruk berøring for å fremme omsorg (Lindqvist et al., 2012; Rui-Shuang et al., 2015). Dette i forbindelse med pasienter som for eksempel har mye smerter eller når pasienter har gjennomgått en omfattende prosedyre som førte til mer vondt enn godt. "Both junior and senior nurses in this study stated that they relieved dying patients' suffering by avoiding invasive procedures or inappropriate interventions (...)" (Rui-Shuang et al., 2015). Grunnleggende for å vise omsorg er verdighet for pasienten. Iblant vil sykepleiere avstå fra berøring, dette når det anses hensiktsmessig for pasienten. Lindring skal være sentralt hos pasienter med kreft i den palliative fasen. Det innebærer at behandling og tiltak må tas i betraktning til den kreftsykes symptomer (Ahlner-Elmqvist, 1998, s. 598). I følge Martinsen har de ulike praksisformene ulike regler og rutiner, disse gjemmer fellesmenneskelige erfaringer og verdier. Ved økt grad av kyndighet, tilegnet gjennom erfaringer fra ulike situasjoner, vil egne handlinger bli mindre regelstyrte. En vil evne å engasjere seg i situasjonens helhet, og ut i fra dette vurdere og overveie ulike handlingsalternativer (Martinsen, 2012, s. 49). Slik jeg ser det kan det hos en pasient med lungekreft for eksempel, være egnet for sykepleier å avstå fra berøring som omsorg dersom pasienten har pustevansker. Det begrunnes ved at nærkontakt i slike situasjoner kan medføre at pasienten opplever kvelningsfølelse. Omsorg gjennom berøring kan på den ene siden oppleves negativt for pasienten, men det er likevel av stor betydning at sykepleier har tenkt over situasjonen. På den andre siden kan pasienten oppleve det Eriksson (2012, s. 80) definerer som pleielidelse. Dette dersom sykepleier avstår fra berøring, ettersom sykepleier tolker det som upassende, mens

pasienten selv opplever berøring som hensiktsmessig og gir en opplevelse av omsorg. Det er av betydning at sykepleier har kunnskap om at godhet kan vises på ulike måter, herunder at omsorg gjennom berøring ikke alltid er den ideelle måten. Hvert et menneske er unikt og individuelt og sykepleier bør evne å handle etter hver enkelt pasients ønsker (Nåden, 1990, s. 80). Min opplevelse er at pasienter har behov for berøring for å oppleve omsorg i den palliative fasen. Jeg har til nå ikke opplevd at pasienter ønsker at sykepleier avstår fra berøring. Det er herunder vesentlig at sykepleier tar dette med i betraktning i møte med pasienter ved livets slutt. Jeg ønsker også her å trekke inn kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og pasient på bakgrunn av at dette kan bidra til å tilegne seg informasjon om pasientens ønsker og behov. Mine oppfatninger av berøring, som non-verbal kommunikasjon, er at det er hensiktsmessig for pasienten og sykepleier ved livets slutt da en evner å bygge en betydningsfull relasjon.

#### 5.4 Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov

Pasienter i livets slutfase opplevde utfordringer knyttet til livskvalitet, "(...) The main detractors were physical symptoms, limitations, emotions, and concerns. More specifically, they described living with impending death, living with suffering, living with sorrow, and living with loss" (Gourdji, McVey, & Purden, 2009). De viktigste påvirkende faktorene var fysiske symptomer, begrensinger, følelser og bekymringer. Ut i fra artikkelen kommer det frem at flere av deltakerne opplevde depressive symptomer relatert til sin inkurabile kreftsykdom. De beskrev opplevelsen av å leve med forestående død, leve med lidelsen, sorg og tap (Gourdji et al., 2009). Kari Martinsen beskriver at forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt (Kirkevold, 1992, s. 132). At det forekommer psykiske reaksjoner hos terminale pasienter er ikke uvanlig. Erkjennelse av tap, fortvilelse og tristhet i tillegg til sorg er reaksjoner sykepleier må være klar over at kan oppstå hos pasienter i palliativ fase (Svarre, 1998, s. 49,54). Eriksson beskriver at lidelse inneholder sorg og tristhet som medfører tretthet hos mennesket. Et slitent menneske har behov for ro og hvile, men ikke nødvendigvis ensomhet (Eriksson, 2014, s. 21). Den døende kan på en side føle seg forlatt på tross av fysisk tilstedeværelse, sykepleier har derfor en funksjon i at en kan bli nødt til å evne å romme pasientens maktløshet, håpløshet og kaos. Dette kan bidra til å lindre pasientens lidelse og oppnå at pasienten ikke opplever ensomhet og forlatthet (Svarre, 1998, s.58). Min oppfatning er at de fleste pasientene som er i palliativ fase opplever psykiske reaksjoner i større eller mindre grad. Det er viktig at sykepleier bidrar til å ivareta pasientens

psykiske behov ved å vise forståelse overfor pasientens sorg og opplevelse av tap. Det å være tilstede i rommet hos pasienter ved livets slutt kan ofte gi en følelse av trygghet for pasienten, i form av at en ikke er alene da døden inntreffer.

Opplevelse av kontroll over eget liv bidrar til at pasientene opplever livskvalitet ved livets slutt. En av pasientene som var i palliativ fase sa; ”My responsibilities toward my life, my body, my decisions – I’m in control of that... I am the one that will say what I want(...)” (Gourdji et al., 2009). Martinsen (2012, s. 43-44) skriver at det å ikke lenger være selvhjulpen og være avhengig av andre kan oppleves negativt og kan føre til lav selv respekt for pasienten. På tross av dette er det en periode av livet man har høyere risiko for å bli avhengig av andre, deriblant når man er syk, svekket og en selv forfaller. Avhengighet og omsorg er begreper som blir forstått i nær sammenheng, da omsorg er et relasjonelt begrep og forutsetter avhengighet på ulike nivåer. Å forberede seg på livets slutt kan skape flere vanskelige følelser for den syke. Ved å informere pasienten om at slike reaksjoner kan oppstå, kan det bidra til at pasienten opplever omsorg (Mathisen, 2014, s. 305). Med dette kan jeg forstå at det er viktig å vise respekt overfor pasienten og opptre støttende gjennom de psykiske reaksjonene som kan oppstå ved livets slutt. Da det kan være en medvirkende faktor til at pasienten opplever seg ivaretatt på en omsorgsfull måte.

Det fremkommer at pasienter ved livets slutt opplever bekymring knyttet til identitetstap, tap av kontroll, autonomi og eget valg; ”(...) Their concerns included; (...) living with loss of identity, control, autonomy, and choice (...)” (Gourdji et al., 2009). Dette kan forbindes med Erikssons (2012, s.77) syn på sykdomslidelse. Når kreftsykdommen utvikler seg og sprer seg, kan det føre til at noen pasienter føler tap av kroppen. I enkelte tilfeller innebærer dette deformiteter og kroppsforandringer som dermed kan forandre kroppsbildet til pasienten og være en påminnelse om den uunngåelige død. Blek hud, håravfall, dårlig lukt eller sår kan være tegn på dette (Mathisen, 2014, s.309). Sykepleier kan på en side bidra i slike situasjoner ved å vise pasienten at vedkommende er like verdifull nå, som det vedkommende var før diagnosen. På den andre siden er det derimot viktig at sykepleier tilstreber å møte pasienten der vedkommende befinner seg i øyeblikket (Svarre, 1998, s. 61). Som sykepleier skal man kunne bemerke at det ikke er hensiktsmessig for pasienten å fornekte forandringene som kan fremkomme av kreft, men heller komme med forslag eller tiltak for å kompensere kroppsforandringene. Eksempelvis kan en bruke sminke for å dekke blek hud, parykk, luftrensere eller parfyme for oppleve velvære og avdekke vond lukt eller dekke til sår med

bandasje (Mathisen, 2014 , s.309). Ut i fra dette kan jeg forstå at omsorg ved livets slutt og lindring av sykdomslidelse fremkommer ved at sykepleier fokuserer på å vise pasienten at vedkommende er verdifull på tross av sykdomsendringene.

Pasientenes egen tilnærming til livet, sykdommen og personlig opplevelse av livskvalitet påvirker hverandre, og former hva den enkelte opplever som god livskvalitet. Pasientene beskrev at det å være lykkelig var knyttet til relasjonen de hadde til familien. ”Patients approach to life, illness life, and ideal quality of life influence one another and shapes what they ultimately experience as a quality of life. For example, "being happy" was linked to their relationships with family and healthcare professionals” (Gourdji et al., 2009). Det ble sagt at manglende evne til å gjøre ting som de gjorde før de fikk diagnosen var en stor bekymring. For øvrig satte pasientene pris på et sosialt liv på tross av sykdommen (Mishra, Bhatnagar, Philip, Singhal, Rana, Upadhyay, Chauhan, 2010). Eriksson beskriver menneskets omgivelser ved hjelp av begrepet ”livsrom”. Livsrommet fremstiller forhold som har betydning for menneskers muligheter og begrensinger når en snakker om helse. Livsrommet har tre aspekter, det fysiske, det psykososiale og det åndelige rommet. Det psykososiale livsrommet omfatter samspillet mellom mennesket selv og andre mennesker. Menneskets relasjon til andre mennesker, og dets sosiale situasjon i sin helhet, innebærer essensielle forutsetninger for helse (Kirkevold, 1992, s. 151). På den ene siden anses det betydningsfullt for pasienter å ha relasjoner til andre mennesker. Opplevelsen av å være verdsatt av familie og venner er vesentlig i forbindelse med håpets karakter hos pasienter med uhelbredelig sykdom. (Juil, 1998, s. 71). Derimot er forholdet til familie og venner av ulik fatning, og noen pasienter som vet at døden nærmer seg har behov for å løsne båndene til både venner og familie den siste tiden. Dermed må en være bevisst i forhold til hvor mye besøk den enkelte pasient kan ta i mot, viktig at pasientens ønsker og behov står i fokus (Mathisen, 2014, s. 310). Min oppfatning er for øvrig at pasienter med uhelbredelig kreft ved livets slutt har behov for å ivareta den sosiale relasjonen til familie og venner, da dette kan bidra til at pasienten opplever omsorg som igjen kan bidra til å lindre lidelse ved livets slutt. Dersom pasienten ikke ønsker å tilbringe den siste tiden sammen med familie og venner er det av stor betydning at pasienten blir møtt med respekt overfor valget av sykepleier.

Det ble av enkelte pasienter uttrykket et ønske om å dø for å slippe å lide. ”Some of the patients at some time (...) wished for death to ease their sufferings” (Mishra et al., 2010). Eriksson beskriver at lidelsen innebærer en vilje til kamp, og at lidelse inneholder en visshet

om at man kommer til å kjempe eller gi opp (Eriksson, 2012, s. 31,33). På den ene siden gjør det seg gjeldene mange hverdagslige forhåpninger hos pasienter ved livets slutt, mens på den andre siden kan pasienter oppleve total oppgivelse eller dyp fortvilelse over situasjonen de befinner seg i. Viljen til å leve er beslektet med håp. På tross av dette kan pasienter ved livets slutt være ambivalente overfor døden, og det vil i flere situasjoner være mange grunner til å velge døden fremfor livet. Det kan bunne i en større og større grad av umyndiggjøring, ensomhet og en opplevelse av totalt meningsløshet (Svarre, 1998, s. 64-65).

På lik linje som at ett hvert menneske lever livet individuelt, vil mennesker også møte døden på ulike måter. Enkelte ganger er døden forventet, få ganger er den etterlengtet og mange ganger skjer det uventet. Sykepleier skal på ulikt vis kunne bistå mennesker ved livets slutt enten døden er ventet eller uventet (Mathisen, 2014, s. 302). I den forbindelse er min oppfatning at en må være klar over at pasienter kan ha ulik forståelse i forhold til ønsket om å dø på tross av viljen til å leve. Det er også av stor betydning at en er klar over at den forestående død kan skje raskt og uventet selv om pasienten er ved livets slutt.

## 6.0 Avslutning

Sykepleier må være lyttende og evne å stille åpne spørsmål til pasienter med kreft ved livets slutt. Relasjonen mellom pasient og sykepleier er særdeles betydningsfull i denne fasen og i møte med den kreftsyke pasienten. En må kunne vurdere ulike handlingsalternativer ved utlevering av ugunstig informasjon, knyttet til hva som er i pasientens beste hensikt.

Sykepleieren må vektlegge det gode stell ved livets slutt. Dette gjøres gjennom det fysiske stellet, bistå pasienten i å føle seg velstelt, ivareta huden, munnstell, tilrettelegge for god hvilestilling og snu pasienten ved behov. Omsorg gjennom berøring er en viktig del av omsorgen ved livets slutt og bidrar til å bekrefte pasientens lidelse i tillegg til at det styrker relasjonen mellom pasient og sykepleier. Sykepleier må også være klar over når en bør avstå fra omsorg gjennom berøring. Sykepleier må ha kunnskap om psykiske reaksjoner som kan oppstå ved livets slutt, deriblant opplevelsen av å leve med en forestående død, leve med lidelse, sorg og tap. Tilstedeværelse av sykepleier kan bidra til at pasienten opplever omsorg. Kroppsendringer som kan oppstå i den siste fasen av livet kan påvirke pasientens opplevelse av seg selv som kan føre til lav selvrespekt. Som sykepleier må en være bevist på egne holdninger og hvordan en opptrer omkring pasienten. Pasienten må forstås ut i fra den konteksten vedkommende befinner seg i. Det omhandler å møte personen der vedkommende er. Behovet for å være en del av en sosial relasjon er sentralt hos pasienter med kreft ved livets slutt og støtte fra familie og venner spiller en vesentlig rolle. Viktig at sykepleier evner å legge til rette for pasientens ønsker. Sykepleiers rolle er særdeles viktig i å gi omsorg til pasienter med kreft ved livets slutt og en må tilstrebe å hjelpe pasienten ha det så godt som vedkommende kan.

## 7.0 Referanseliste

- Alhner-Elmqvist, M. (1998). Pasientpleie ved avslutningen av livet. I. S. Kaasa (Red.), *Palliativ behandling og pleie, nordisk lærebok*. (1.utg., s.595-609). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Beck-Friis, B., Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. (3. utg). Stockholm: Liber
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (3.utg., s.11-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske*. (2. Utg). København: Munksgaard
- Falkmer, U. G., Kaasa, S. (1998). Samtaler om døden. I. S. Kaasa (Red.), *Palliativ behandling og pleie – nordisk lærebok*. (1. utg., s.117-131). Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur
- Gourdji, I., McVey, L., & Purden, M. (2009). A quality end of life from a palliative care patient's perspective. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 40-50. Retrieved from <https://search-proquest-com.ezproxy.hsh.no/docview/214212595?accountid=28726>
- Helsedirektoratet. (2015, 26. mars). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 17. januar 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord>
- Hytten, K. (1998). Mestring av alvorlig sykdom. I. S. Kaasa (Red.), *Palliativ behandling og pleie – Nordisk lærebok*. (1. utg., s. 35-48). Oslo: Ad Notam Gyldendal.



- Juul, B. C. (1998). Håpløshet og håp . I. S. Kaasa (Red.), *Palliativ behandling og pleie – nordisk lærebok*. (1. utg., s. 69-82). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Juul, B. C., Hirsch, A. (2007). Eksistensiell og åndelig omsorg. I. S. Kaasa (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok*. (2. utg., s.115-141). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S., Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – En innledning. I. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok*. (3. utg., s.34-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Kunnskapssenteret. (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 10. april 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Larsen, I. K., Møller, B., Johannesen, T. B., Larønningen, S., Røsbak T. E., Grimsrud T. K., Ursin, G. (2016). Cancer in Norway 2015, Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. *Cancer Registry of Norway*. 1
- Lindqvist, O., Tishelman, C., Hagelin, C. L., Clark, J. B., Daud, M. L., Dickman, A., & ... Rasmussen, B. H. (2012). Complexity in non-pharmacological caregiving activities at the end of life: an international qualitative study. *Plos Medicine*, 9(2), e1001173. doi:10.1371/journal.pmed.1001173
- Loge, J. H. (2008). Angst og depresjon. I. S. Kaasa (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 531-545). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Lorentsen, V. B., Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I. H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg., s. 401-431). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Mathisen, J. (2014). Sykepleie ved livets avslutning. I. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. A (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg. s. 296-335). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Martinsen, K. (2012). *Omsorg, sykepleie og medisin – historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mishra, S., Bhatnagar, S., Philip, F., Singhal, V., Rana, S., Upadhyay, S., & Chauhan, G. (2010). Psychosocial Concerns in Patients With Advanced Cancer: An Observational Study at Regional Cancer Centre, India. *American Journal Of Hospice & Palliative Medicine*, 27(5), 316-319. doi:10.1177/1049909109358309.
- Rui-Shuang, Z., Qiao-Hong, G., Feng, Qi, D., & Owens R. G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(1), 288-296. doi:10.1016/j.inurstu.2014.09.009
- Svarre, H. M. (1998). Dødens psykologi. I. S. Kaasa (Red.), *Palliative behandling og pleie-nordisk lærebok*. (1 utg., s. 49-67). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS
- Tay, L. H., Ang, E., & Hegeny, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2647-2658. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- van der Werff, G. F., Paans, W., & Nieweg, R. M. (2012). Hospital nurses' views of the signs and symptoms that herald the onset of the dying phase in oncology patients. *International Journal Of Palliative Nursing*, 18(3), 143-149.
- Wist, E., Kaasa, S. (1998). Å kommunisere med den alvorlig syke pasienten. I. S Kaasa (Red.), *Palliativ behandling og pleie- nordisk lærebok*. (1.utg., s.101-115). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1 - Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Vurdering av kvalitativ forskning. Artikkelen er av; Rui-Shuang, Z., Qiao-Hong, G., Feng, Qi, D., & Owens R. G. (2015)

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

#### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> TIPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart 0	Nei 0
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> TIPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart 0	Nei 0

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> TIPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart 0	Nei 0
Kommentar: Utvalg, datainnsamling og analysering er godt beskrevet.			
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige. <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart 0	Nei 0
Kommentar: Utvalget er tydelig beskrevet i form av tekst. 28 sykepleiere deltok. Det blir presentert rekrutteringsstrategi. Det blir beskrevet alder og hos de utvalgte, 23-49. Det blir også presentert krav for deltakelse. Deltakerne var kvinner.			
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart 0	Nei 0
Kommentar:			

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Metoden som er anvendt blir presentert: Semistrukturerte dybdeintervju, ansikt - ansikt mellom deltaker og <del>en</del> en av fortatterne. Datainnsamling, begrunnelse for valg av metode og setting for datainnsamling er også beskrevet. Metodedelen er grundig beskrevet.</p>
---	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Datainnsamling og analyse blir beskrevet i ett eget avsnitt. Hvilken type analyse som er brukt og hvordan den er gjennomført er beskrevet. Det er en tydelig sammenheng mellom innsamlet data og momentene forsker/fortatterne har kommet frem til i studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Studien inneholder ett eget avsnitt om begrensninger og talking av data. Teoretiske ståsted blir presentert. Forskeres/fortatternes faglige bakgrunn kommer ikke så tydelig frem i studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Hovedfunnene diskuteres opp mot tidligere forskning.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>	<p>Andre kilder trekkes inn for å vurdere og underbygge funnene.</p>		
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Ethisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p><b>Kommentar:</b> Studien ble forklart til deltakerne gjennom informert samtykke. Studien er godkjent av Ethisk komite.</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p><b>Kommentar:</b> Hovedfunnene kommer klart fram, og diskuteres i lys av det opprinnelige formålet med studien.</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b> Studien er relevant og aktuell for min bacheloroppgave da den tar for seg sykepleiers erfaringer med omsorg for døende pasienter. Videre sier studien noe om det de opplever som viktig i denne fasen av pasientens liv, og hva sykepleier kan bidra med for å gi god, helhetlig sykepleie og omsorg til denne pasientgruppen. Studien er en viktig del av min bacheloroppgave.</p>		
--	--	--	--

## Vedlegg 2 – Søkeprosessen

Jeg har brukt databasen CINAHL med unntak om artikkel nummer 5 og 6 hvor jeg har benyttet med av PubMed. Ved flere søk kom jeg frem til de samme forskningsartiklene med ulike søkeord og i begge databasene.

Søk	Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste artikler	Utvalgte artikler til bacheloroppgaven	Relevans for bacheloroppgaven
1	CINAHL	Neoplasms* OR cancer		4,531,772			
2	CINAHL	"Neoplasms*" OR "cancer" AND "palliative care" OR "end of life care" AND "non-pharmalogical"	Utgivelsesår:2012-2017  Tilgjengelig i full tekst  Språk: Engelsk	26	3	1. Complexity in non-pharmacological caregiving activities at the end of life: An international qualitative study	Funnene i studien er at palliativ pleie ved livets slutt er mangfoldig og bestående av ivaretakelse psykologiske, sosiale, fysiske behov. Funnene blir grundig beskrevet og det fremkommer viktigheten av å ivareta menneskets grunnleggende behov nær døden.
3	CINAHL	"Neoplasms*" AND "palliative care" OR "end of life care" AND "psychological well-being"	Academic Journals  Språk: Engelsk	37	2	2. Psychosocial concerns in patients with advanced cancer: An observational study at regional cancer centre, India.	Studien sier noe om pasienters behov for omsorg og ivaretakelse av de psykososiale behovene som kan oppstå ved livets slutt. Forfatterne konkluderer med at pasientene har behov for trøstende ord og oppmerksomhet.
4	CINAHL	"End of life care" OR "terminal care" OR "terminally ill" OR "terminal" AND "cancer patient*" OR "cancer" OR "oncology" AND "symptom relief" OR "symptom" OR "alleviate symptom" OR "relieve" OR "relieve symptom" OR "relieve" OR "alleviate" AND "qualitative"	Utgivelsesår: 2010-2017	220	5	3. Hospital nurses' views of the sign and symptoms that herald onset of the dying phase in oncology patients	Studien sier noe om viktige observasjoner som kan gjøres ved livets slutt, knyttet til fysiske og psykososial tilstand. Videre konkluderer forfatterne med at flere av disse symptomene og observasjonene er tegn på at en pasient er dødende.

5	CINHL	"End of life care" OR "palliative care" OR "terminally ill" AND "quality of life" OR "psychological well being" OR patients perspective	Utgivelsesår:2007-2017	27	3	4. A Quality End of Life from a Palliative Care Patient's Perspective	Studien er basert på hvordan pasientene opplever palliativ behandling, herunder hvordan de opplevde å leve med sykdommen og hva som bidro til egen livskvalitet.
6	PubMed	"End of life care" OR "terminal care" OR "terminal ill" AND "cancer patient" OR "cancer" OR "oncology" AND "alleviate suffering" or "alleviate" OR "relieving suffering" OR "suffering" OR "relieve"	Tilgjengelig i full tekst  Språk: Engelsk  Utgivelsesår: 2007-2017  Nursing journals	107	4	5. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study	Studien tar for seg sykepleieres erfaring med omsorg for dødene pasienter. Videre sier forfatterne noe om det sykepleier opplever som viktig i denne fasen av pasientenes liv og hva sykepleier kan bidra med for å gi god omsorg til denne pasientgruppen.
7	PubMed	"Cancer patient" or "cancer" or "oncology" or "neoplasms" AND "communication barrier" or "communication" AND "nurses perception"	Tilgjengelig i full tekst  Utgivelsesår: 2007-2017	58	3	6. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore.	Studien undersøker hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonen til pasienter med kreft. Forfatterne kommer frem til fire tema som spiller inn. Det sier noe om sykepleiers hemmende følelser i forbindelse med kommunikasjon og denne pasientgruppen.