



**Høgskulen  
på Vestlandet**

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 539

Antall ord: 8 590

## **Hvordan hjelpe, om man ikke vet hvordan?**

- **en litteraturstudie om psykososiale konsekvenser for brystkreftdiagnostiserte med metastaser til hud**



**Illustrasjonsfoto: privat**

**Bachelorutdanningen i sykepleie, Avdeling for helsefag  
Haugesund, April 2017  
Kull 2014  
Antall ord: 8 590**

## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan hjelpe, om man ikke vet hvordan? En litteraturstudie om psykososiale konsekvenser for brystkreftdiagnostiserte med metastaser til hud.

**Bakgrunn:** Cancer mammae den vanligste formen for kreft blant kvinner i dag. Metastaser til hud rammer 5-10 % av alle kreftrammede i den vestlige verden. Den vanligste formen for sår fra hudmetastaser er ut i fra brystkreft. Kreftsår kan medføre store fysiske og psykiske konsekvenser. Slik problematikken kan virke overveldende for pasientene.

**Problemstilling:** Pasienter med spredning av brystkreft til hud kan oppleve psykososiale konsekvenser. Hvordan kan man som sykepleier hjelpe disse pasientene?

**Hensikt:** Formålet med bacheloroppgaven er å rette oppmerksomhet mot brystkreftdiagnostiserte med metastaser til hud. Pasientgruppen kan oppleve store konsekvenser som følge av diagnosen. Det er et unikt og komplekst emne, som foreløpig er lite undersøkt.

**Metode:** Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, hvor forskningsartikler og faglitteratur er benyttet for å belyse, diskutere og avslutningsvis besvare problemstillingen.

**Funn:** I utvalgte artikler kommer det frem at det er behov for økt kunnskap blant helsepersonell, i tillegg til å organisere hjelpen bedre. Videre å vurdere utstyr og kartleggingsverktøy som kan brukes ovenfor disse pasientene. Avslutningsvis kommer det frem at det er behov for økt informasjon til pasientene.

**Konklusjon:** De psykososiale behovene til mennesker som lever med kreftsår er ulike. Det poengteres gjennom litteratur at psykososiale behov kanskje er de vanskeligste å tilstrebe å tilfredsstille. Som sykepleier ovenfor denne pasientgruppen er det viktig å heve kunnskapsnivået i tillegg til ferdigheter omkring kreftsår, organisering av pleie, vurdere og bruke kartleggingsverktøy samt hvordan man kan utøve informasjon til pasienter, helst gjennom informasjonshefte eller lydopptak. Tiltakene kan hjelpe disse pasientene med psykososiale behov, derimot kan man ikke konkludere med at tiltakene vil hjelpe.

## Abstract

**Title:** How help, if you don't know how to? A literature study on psychosocial consequences for breast cancer patients diagnosed with skinmetastasis.

**Background:** Cancer mamae is the most common type of cancer amongst women today. Skinmetastasis affect 5-10 % of all canceraffected people in the western world. The most common form of wound from skinmetastasis is from breast cancer. Cancer can lead to major pysical and mental consequences. Such problems may seem overwhelming to the patients.

**Research question:** Patients with metastasis from breast cancer to skin, may experience psychosocial consequences. How can a nurse help these patients?

**Aim:** The aim of the bachelor thesis is to focus attention towards breast cancer diagnosed patient with skin metastasis. These patients may experience major consequences as a result of the diagnoses. This is a unique and complex area, which currently is unexplored.

**Method:** The bachelor thesis is a literature study, where research articles and literature are used to illuminate, discuss and at least answer the research question.

**Findings:** Through selected articles it appears that there is a need to increase knowledge amongst health care professionals, in addition to organize the help better. Furthermore, consider equipment and screening-tools that can be used towards these patients. In conclusion, it appears that there is need for more information towards the patients.

**Conclusion:** The psychosocial needs of people living with malignant fungating wounds are different. It appears through literature that psychosocial needs may be the hardest need to strive to satisfy. As a nurse for these patients, it is important to raise the level of knowledge around malignant fungating wound, organize the care and screening tools, as well as information towards patients, through information booklets or audio recordings. The measures can help the patients with psychosocial needs, but one can't conclude that the measures will help.

## Forord

Oppgaven er skrevet av en sykepleierstudent ved Høyskolen på Vestlandet i siste semester av grunnutdanningen. Arbeidsprosessen har gått over 8 uker og utgjør totalt 12 studiepoeng.

Jeg vil gjerne takke veilederen min, Arne Langøen, for god veiledning og hjelp gjennom arbeidsprosessen. I tillegg utrette en takk til Høyskolebiblioteket i Haugesund og Universitetet i Stavanger for behjelpelighet med litteratur.

Haugesund, April 2017.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INTRODUKSJON</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 VALG AV PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV OPPGAVEN	2
<b>2.0 TEORI</b>	<b>3</b>
2.1 BRYSTKREFT	3
2.2 KREFTSÅR	3
2.3 PSYKOSOSIALE BEHOV	4
2.4 KREFTSÅR & PSYKOSOSIALE BEHOV	5
2.5 PALLIATIV FASE	8
2.6 MASLOWS BEHOVSHIERARKI	9
2.7 LIVSKVALITET	10
<b>3.0 METODE</b>	<b>11</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE	11
3.2 LITTERATURSØK	12
3.3 KILDEKRITIKK	12
3.4 METODEKRITIKK	13
<b>4.0 RESULTAT</b>	<b>14</b>
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	14
4.2 HOVEDFUNN	18
<b>5.0 DISKUSJON</b>	<b>19</b>
5.1 ØKT KUNNSKAPSNIVÅ	19
5.2 ORGANISERING	20
5.3 KARTLEGGINGSVERKTØY	22
5.4 INFORMASJON	23
<b>6.0 AVSLUTNING</b>	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>
<b>REFERANSELISTE</b>	<b>29</b>
<b>VEDLEGG I: EKSEMPEL PÅ KILDEKRITIKK</b>	<b>I</b>
<b>VEDLEGG II: MASLOWS BEHOVSHIERARKI</b>	<b>V</b>

## 1.0 INTRODUKSJON

Tallet på antall krefttilfeller øker i Norge hvert år. I 2015 ble det rapportert 32 592 nye tilfeller av kreft. 53.7 prosent blant menn og 46.3 prosent blant kvinner. For menn var kreft i prostata, lunger, kolon og urinblære de vanligste typene, mens for kvinner var bryst, kolon, lunger og malignt melanom vanligst. 3415 nye tilfeller samt 663 dødsfall av brystkreft bare blant kvinner ble registrert i 2015 (Kreftregisteret, 2015).

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å fordype meg i pasienter med brystkreft med metastaser til hud som har resultert i sår. Jeg ønsker å se dette i sammenheng med psykososiale konsekvenser og livskvalitet. I og med at det i seg selv er en utfordring å bandasjere, kan man kanskje tenke seg noe av problematikken med denne typer sår. I tillegg er det lite forskning og kunnskap rundt dette emnet. Det er et sensitivt og utfordrende emne som trenger mer oppmerksomhet i og med hvor stor grad det påvirker pasienter. Adderly og Holt (2014) uttrykker gjennom deres studie at praksis med kreftsår tydelig trenger mer undersøkelse og kunnskap. Fokus på å forbedre livskvaliteten og håndtere sårene assosiert med metastaser til hud er nødvendig. Mer forskning trengs.

### 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Jeg har valgt dette emnet som følge av egne erfaringer i møte med pasientgruppen både i Norge og i utlandet. Nasjonalt gjennom praksis i hjemmesykepleien og internasjonalt på en onkologisk poliklinikk i Spania, hvor jeg møtte både spanske og britiske pasienter. Kreftsår i brystregionen kan innebærer mange utfordringer for vedkommende. Sårene kan ofte blø lett, lukte betydelig, føre til smerter, lekkasjeproblematikk, kløe, dehydrering, endret selvbilde samt infeksjon. Personlig synes jeg denne typen problematikk er interessant og aktuelt, i og med at sykdommen rammer ca. hver 11. norske (Kreftregisteret, u.å.), hvorav 25-30 % av disse tilfellene er den aggressive typen, med raskt voksende tumorer med tidlig fjernmetastaser (Brystkreft, 2015). Et slik sår kan få store konsekvenser for pasienter, både psykiske og fysiske påkjenninger.

## 1.2 VALG AV PROBLEMSTILLING

Jeg har valgt å formulere problemstillingen min slik:

*Pasienter med spredning av brystkreft til hud kan oppleve psykososiale konsekvenser.*

*Hvordan kan man som sykepleier hjelpe disse pasientene?*

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan man som sykepleier kan bidra, hjelpe og støtte denne pasienter som har diagnosen brystkreft med hudmetastaser, og å få frem det budskapet på en tilfredsstillende, konkret og oversiktlig måte.

## 1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV OPPGAVEN

Gjennom oppgaven skal jeg besvare problemstilling på en tilfredsstillende og konkret måte. For å gjennomføre det skal jeg inkludere faglitteratur, annen litteratur, sykepleieteori samt forskningsartikler. Oppgaven er basert på en litteraturstudie, som skal inneholde fire til seks forskningsartikler, introduksjon, teori, metode, funn og resultater, avslutning samt referanseliste. Min problemstilling inkluderer brystkreftpasienter med metastaser til hud og hvordan denne pasientgruppen kan oppleve psykososiale konsekvenser. Begrepet livskvalitet er aktuelt i denne sammenhengen, men som følge av at det er et vidt begrep, som innebærer mye og er en helhet av mennesket. I oppgaven har jeg valgt å begrense livskvalitetsbegrepet til kun å innebære psykososiale behov, dette fordi begrepet er av stor dimensjon i tillegg til ordbegrensning i oppgaven og som følge av at det er presisert i problemstillingen. Alder er ingen fastslått grense i oppgaven, men samtlige i utvalgt litteraturen er voksne mennesker.



## 2.0 TEORI

### 2.1 BRYSTKREFT

Diagnosen brystkreft eller cancer mammae er kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler. Årsaken bak diagnosen er sammensatt, og både genetiske forhold, forhold i fosterlivet samt påvirkninger gjennom livet spiller en viktig rolle. Blant annet arv, kroppshøyde, tidlig menarke, før fylte 12 år, alder for første fødsel etter 30 år eller ingen graviditet, høy fødselsvekt, østrogen behandling i overgangsalderen, sen overgangsalder, etter 54 år, overvekt postmenopausalt samt alkoholbruk er alle forhold som har betydning for utvikling av brystkreft (Schlichting, 2012, s. 434-435). Forekomsten er hyppigst ved 50 års alderen (Schlichting, 2012, s. 434).

For å stille diagnosen gjennomføres trippeldiagnostikk. Det gjelder alle kvinner med nyoppdaget kul eller forandringer i brystet. Dette innebærer klinisk undersøkelse, bildediagnostikk, enten mammografi, ultralydundersøkelse samt MR, magnetresonanstomografi, og nålebiopsi. Cancer mammae kan behandles kirurgisk, og eventuelt med strålebehandling, cytostatikabehandling, endokrinbehandling eller antistoffbehandling, alt etter hvordan diagnosen til vedkommende er (Schlichting, 2012, s. 439).

### 2.2 KREFTSÅR

”Fungating wounds” ble i 1995 definert av Grocott (Lindholm, 2012, s. 244, Naylor, Laverty & Mallett, 2001) som ”den tilstanden av sår dannelse og tilvekst som oppstår når maligne tumorceller infiltrerer og eroderer huden”. Maligne tumorsår kjennetegnes ved både vekst og sår dannelse, og har ofte en slags ”leppe” som omringer såret. Denne typen sår er av natur veldig komplekse (Waynor, Laverty & Mallett, 2001). De kan utvikle seg fra en primær hudtumor eller en underliggende tumor, eller som metastaser. Kreftsår som følge av metastaser er vanligst med brystkreft (Naylor et. al., 2001). Lokaliseringen og utseendet varierer med hvilken krefttype det dreier seg om.

Slike sår kan oppstå som et resultat av hudkreft, enten malingt melanom, basalcelle karsinom, plateepitel karsinom, marjolin's ulcer, eldre venøst leggsår, eller ved metastaser, ved brystkreft, gynekologisk cancer eller ulike former for blodkreft. Det oppstår sår som følge av

at tumor kan infiltrerer hud, blodkar og lymfebaner, som igjen kan forårsake smerte, blødning, lukt og kraftig sårsekresjon om de ikke behandles (Lindholm, 2012, s. 244). Formerende celler kan forårsake sår til å se ut som en blomkålformet masse eller det sårdannende området kan presentere seg i form av et krater (Gibson & Green, 2013, Alexander, 2009). Krateret kan også utvikle seg til en sinus eller fistel (Lo et. al., 2011). Manglende blodkar i tumorvevet kan føre til nekrose og infeksjon med anaerobe og aerobe bakterier, som igjen kan føre til sykepleieproblematikk med lukt og kraftig sekresjon fra såret. Noen ganger kan tumorvevet trykke på underliggende organer eller nerver, som kan gi sterke smerter. Ofte er blodkarene som finnes i såret eller tumoren skjøre, noe kan forårsake blødning (Lindholm, 2012, s. 244). Dette kan skje ved direkte invasjon av hudens struktur av en underliggende tumor, ved eksempelvis brystkreft.

Kreftsår som skyldes metastaserende kreftsykdom er vanligst hos personer over 70 år (Lindholm, 2012, s. 244-245). Det utvikles mest kreftsår i fra brystkreft, hele 62 prosent, hode- og halsregionen ligger på 24 prosent, genitalier og rygg på 6 prosent, og andre på åtte prosent, og pasientene er oftest mellom 60 og 70 år gamle (Naylor et. al., 2001). De kan midlertidig opptre overalt på kroppen (Gibson & Green, 2013, Lindholm, 2012, s. 245). Tidligere studier viser at gjennomsnittlig overlevelse etter diagnostisering er tre til seks måneder. 28.6 % av pasientene døde innenfor første måned, 66.23 % døde innen de seks første månedene, og 75 % døde innen det første året etter de hadde fått diagnosen (Saeed, Keehn & Morgan, 2004).

### 2.3 PSYKOSOSIALE BEHOV

Menneskers grunnleggende behov kan deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov. Behovene kan også beskrives som universelle, fundamentale, primære eller allmennmenneskelige, og påvirkes ved sykdom og helsesvikt. Psykososiale behov har med menneskers psyke å gjøre, altså det mentale eller sjelelige. Det kan beskrives som menneskets sjeleliv. Eksempelvis kan sykdom eller skade gjør at mennesker kan oppleve krise.

Psykososiale behov ved sykdom har sitt utgangspunkt i sykdom som opplevd fenomen, det vil si hvordan pasienten opplever det å være syk (Stubberud, 2013, s. 14).

Menneskers psykososiale behov kan deles inn i en emosjonell og en relasjonell del. Den emosjonelle delen innefatter pasientens forhold til seg selv, egen historie og omgivelser. Mens den relasjonelle delen omfatter blant annet pasientens sinnsstemning og reaksjoner, samt

følelser og opplevelser som pasient, også sykdomsopplevelse. I tillegg inneholder den siste delen behovet for fellesskap og kontakt med andre mennesker, som det sosiale nettverket, pasientens relasjon til mennesker rundt seg, inkludert helsearbeidere og pårørende, og behovet for sosial kontakt og støtte (Stubberud, 2013, s. 16).

## 2.4 KREFTSÅR & PSYKOSOSIALE BEHOV

5-10 % av alle kreftpasienter i den vestlige verden utvikler kreftsår (Alexander, 2009, Lund-Nielsen, 2011, Lo et. al., 2011). Det er forbundet flere problemområder med kreftsår, som problematikk med lukt, smerter, sårsekresjon, blødning, infeksjon, kløe og nekrose. På grunn av kreftsår som oppstår i hode og hals regionen, er sårene ofte synlige og fører med seg psykologiske og sosiale problemer for pasienten. Som følge av dette krever denne pasientgruppen palliativ behandling i tillegg til sårbehandling. Dette ikke bare på grunn av fysiske symptomer, men også psykologisk, fysiologisk, spirituell og sosioøkonomisk problematikk (Lo et. al., 2011).

Det i seg selv å få en kreftdiagnose kan være en belastning, og belastningen blir enda større om man får vite at sykdommen ikke er kurativ (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). For pasienter kan det å få eller ha kreftsår være en stadig påminnelse på en alvorlig og livstruende sykdom. Kreftsår er ofte illeluktende. Det er det symptomet som synes å uroe de fleste pasientene mest. Lukten kan forårsakes av kolonisering eller infisering av en kombinasjon av aerobe eller anaerobe bakterier i nekrotisk vev i tumorsåret. Lukten kan i verste fall bli på sterk og ubehagelig at den kan påvirke appetitt, og noen ganger også utløse brekningsrefleksen. Lukten kan også føre til at pasienter isolerer seg og ikke vil ha besøk av sine nærmeste, og til at samlivet med partneren påvirkes (Lindholm, 2012, s. 248). En studie av Gibson og Green (2013) skriver at det hyppigst rapporterte problemet med kreftsår er dette med lukt. Hvor utfordringen kan bli så stor at det går ut over livskvaliteten til pasienten.

Noen kreftsår kan produsere store mengder sårvæske, noen opp til over en liten daglig (Alexander, 2009). Det forklares delvis av økt gjennomtrengelighet i blodkar i tumoren, inflammatoriske prosesser assosiert med infeksjon, katabolisme av vev på grunn av bakterielle proteaser eller utskillelse av væske fra tumorceller. Sårvæske ligner blodplasma, men består av vann, elektrolytter, næringsstoffer, inflammatoriske mediatorer, leukocytter, vekstfaktorer, enzymer og avfallsprodukter (Alexander, 2009). Lekkasje kan innebære store proteintap. Ved kraftig sårsekresjon kan man tape store mengder protein, mineraler og væske.

Samt at sår som lukter kan hemme appetitten, og behandlingen av kreftsykdom kan medføre kvalme og føre til at næringsinntaket ofte blir for lite (Lindholm, 2012, s. 250). I tillegg kan det være en stor utfordring å legge bandasje på sårene slik at sårvesken ikke lekker på klær og sengetøy for eksempel. Det kan også bli et problem for pasienten å være bundet til hyppige sårskift (Lindholm, 2012, s. 249), samt dette kan tære på huden rundt sårområdet. Slik sårsekresjon kan ha påvirkning på livskvaliteten til vedkommende det gjelder (Gibson & Green, 2013).

Smerten forbundet med kreftsår kan være stor utfordring. Smerten blir beskrevet av pasienter som konstante eller stikkende smerter, som gjennombruddssmerter og for noen kan det gå ut over ernæring. Dette kan skyldes ved at tumoren kan presse mot nerveender og blodkar (Lindholm, 2012, s. 249), som ikke kan fikses. Akutt smerte kan oppstå om tumoren vokser og kroniske smerte om skaden allerede er skjedd. Eventuelt kan smerte oppstå ved sårstell som følge av bandasjebruk (Naylor et. al., 2001, s. 115).

Blødning forekommer ofte ved kreftsår. Maligne tumorceller kan ha erodert blodkarene, og kapillærene i tumoren er ofte skjøre (Lindholm, 2012, s. 249, Alexander, 2009). I tillegg kan blødning være påvirket av redusert blodplatenivå inni tumoren (Naylor et. al., 2001). Probst, Arber og Faithfull (2013) skriver i en studie at dette med sårsekresjon og blødning føles som å miste kontroll over egen kropp. Det er rapportert skam, stress, hat og uforutsigbarhet. Som igjen har innvirkning på livskvalitet. Det psykiske stresset som kan komme av blødning kan være ødeleggende for pasienten selv, men også for pårørende og helsepersonell (Naylor et. al., 2001).

Kløe er en kategori som ikke er like ofte rapportert i forskning som andre konsekvenser, men er med på å påføre noen slik ubekvemhet at det noen forskere mener det burde vært like vesentlig som smerte (Alexander, 2009). Pasientene kan oppleve en krypende, stikkende kløe som henger sammen med tumoraktiviteten og som ofte kan oppleves ved infiltrerende vekst av en brysttumor (Lindholm, 2012, s. 250). Kløen kan være generell eller lokalisert til et begrenset område på kroppen. Dette kan skyldes en rekke ulike patogener, alt fra tørr hud til komplekse faktorer ved nyresvikt (Alexander, 2009).

Kreftsår kan medføre store psykiske og fysiske påkjenninger, både for pasienten og dens pårørende. Opplevelsen av plutselig å se kreftsykdommen sin kan hos mange pasienter utløse

en krisereaksjon (Lindholm, 2012, s. 251). Alexander (2009) poengterer at kreftsår er et unikt og komplekst emnet. Smerter, lukt, massive blødninger, nekrose, kraftig sårsekresjon og infeksjon er stadige påminnelser om kreftsykdommen. Dette kan skape fysiske og psykiske hindringer, og føre til at pasienten isolerer seg (Lindholm, 2012, s. 251).

Når en tumor bryter gjennom huden, er det for pasienten en synlig manifestasjon av den livstruende sykdommen. Dette aspektet er det viktig å forstå. Såret kompliseres ofte av lukt, noe som kan gjøre det vanskelig for de nærmeste å komme på besøk. Ikke sjelden er slike kreftsår smertefulle, og ofte har de rikelig sekresjon. Sår relatert til brystkreft kan også være lokalisert slik at de er vanskeligere å bandasjere. I tillegg kan det være en utfordrende oppgave å finne rutiner og metode for bandasjeskift, sammen med pasienten (Lindholm, 2012, s. 252).

Sårrelaterte problemer	Psykososiale problemer
Anatomisk lokalisering av såret	Kroppssoppfatning
Blødning	Kommunikasjonsproblemer
Bandasjekomfort	Bandasjens utseende
Huden omkring såret	Fornektning
Sårets tilstand	Depresjon
Dødt vev	Skamfølelse
Sårsekresjon	Skyldfølelse
Antall bandasjeskift	Behov for informasjon
Infeksjon	Begrensninger i dagliglivet pga bandasjeskift
Lukt	Avsky, avstandtaken
Smerte ved bandasjeskift	Nedsatt selvspekt og selvvurdering
Kløe	Problemer med seksualitet
Størrelse/form/utseende	Skam
Sårsmerte	Sosiale isolering
	Behov for sosial støtte

Tabell med vurdering av sår- og pasientrelaterte problemer ved maligne tumorsår (Naylor, 2014).

## 2.5 PALLIATIV FASE

Verdens helseorganisasjon, WHO, har to definisjoner på palliasjon, en fra 1990 og en fra 2002. Definisjonen fra 2002 lyder som følge (Kaasa & Loge, 2016, s. 36):

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms
- affirms life and regards dying as a normal process
- intends neither to hasten or postpone death
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care

Med palliativ, symptomlindrende behandling er målet å lindre plagsomme eller utsette symptomer, som kan komme med stor sannsynlighet uten behandling. Behandlingen er rettet mot ett eller flere av disse symptomene. Man kan også ha som mål å utsette utviklingen av sykdommen for en tid (Kaasa & Loge, 2016, s. 44). For å lindre problemene best mulig gis det et bredt tilbud til pasientene som gjør at flere forhold rundt sykdommen og livet i alminnelighet kan bli ivaretatt og mestret av den enkelte pasienten og pårørende, på en best mulig måte (Kaasa & Loge, 2016, s. 35). Situasjonen vil også endre seg gjennom forløpet. For å ha opprettholde best mulig livskvalitet er involvering og kontroll, det å delta i familiens eller de nærmeste liv, delta i beslutninger for eget liv, å holde motet oppe samt å leve i nuet vesentlig. Pasienten har behov for å leve best mulig og dø på en best mulig måte (Hirsch & Røen, 2016, s. 317).

Pasienter i palliativ fase er oftest mest opptatt av nærmeste eller familie (Hirsch & Røen, 2016, s. 318). Den syke pasientens forhold til familie, venner eller naboer endres ofte ved alvorlig sykdom. Pasienten kan ikke lenger delta i det sosiale livet på lik linje for før, som igjen kan oppleves som et tap som blir ledsaget av sorg. Det kan gjøre at denne pasientgruppen kan oppleve perioder med tristhet eller nedstemthet. Det er normalt og sunt å sørge, og for mange kan det bli en lettelse å bli oppmerksom på at de det kjenner på er sorg. Derimot om nedstemtheten og tristheten vedvarende og dominerende, kan det være ledd i psykisk lidelse, som depresjonslidelse (Hirsch & Røen, 2016, s. 319).

Tanken på tiden frem mot døden kan være preget av uvisshet og angst når det gjelder hvordan denne tiden kommer til å bli. Blir det smertefullt? Døden representerer noe ukjent, og det ukjente og ukontrollerbare kan være vanskelig å forholde seg til (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). I tillegg rammer ikke inkurabel sykdom pasienten alene, men alle rundt som venner og familie (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). Det viktigste for mange av pasientene er å vite at de nærmeste har det bra, og at de greier seg når hun eller han dør. Å få snakke om dette er viktig for svært mange. Det er vanlig å ønske at man kunne ha fulgt familiemedlemmenes utvikling videre. Hvis pasienten har om omsorg for barn, kan tanken på døden være svært vanskelig. Har pasienten nærstående som han eller hun er særlig bekymret for, er dette en ekstra byrde som han eller hun oftest trenger å få snakket om og eventuelt gjort noe med (Hirsch & Røen, 2016, s. 319).

## 2.6 MASLOWS BEHOVSHIERARKI

Abraham Harold Maslow opprettet i 1954 i et behovshierarki. Behovshierarkiet fremstiller en teori om menneskets motivasjon, som kalles vekstmodell (Renolen, 2015, s. 69). Maslow selv så på motivasjon som en universell egenskap hos mennesker, og hvert enkelt individ prøver konstant å nå et eller annet mål. Alle kan likevel ha ulike behov og motiv for å prøve å nå målene. Om man oppfylder et ønske oppstår det raskt andre ønsker som mennesker vil tilstrebe å strekke seg mot. Dette karakteriserer mennesker, at man stadig ønsker seg noe og hvert menneske kan klassifiseres ut i fra hvor godt oppfylt deres ønsker er (Tamm, 2012, s. 120-121).

Maslows behovspyramiden innebærer at menneskelige behov og ønsker er rangert etter hierarkistisk orden, berørt av hvor vesentlige de er for hvert enkelt individ. De laveste behovene i hierarkiet går ut på fysiologiske samt trygghetsbehov, som er viktige og primære for overlevelse. Mens høyere opp i hierarkiet er behovene mindre viktige og tilfredsstilles kan dermed utsettes til behovene nedenfor er dekket (Tamm, 2012, s. 121). Maslow kalte de fire nederste behovene mangelbehov, mens de tre øverste ble betegnet som vekstbehov (Renolen, 2015, s. 70). Psykososiale behov forklares ved å si at det har ved menneskers psyke å gjøre, altså det mentale eller sjelelige (Stubberud, 2013, s. 14). Nederst på Maslows behovspyramiden er fysiologiske behov. På neste trinn finner man trygghetsbehov (Tamm, 2012, s. 123, Renolen, 2015, s. 70).

## 2.7 LIVSKVALITET

Begrepet livskvalitet innebærer fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet (Rustøen, 2016, s. 106). Ordet blir brukt av flere ulike faggrupper, som både psykologi, sykepleie og filosofi. På samme måte blir det definert på flere ulike måter, alt etter hvilket fagfelt og hvilke tradisjoner det feltet har. Innenfor sykepleie er det økende fokus på dette med livskvalitet og kvalitet i pleien. Ved kronisk sykdom er det ikke kurativ behandling som er målet, men at vedkommende skal kunne leve best mulig med sin diagnose, til tross for eventuelle begrensninger de måtte ha og dermed har best mulig livskvalitet (Rustøen, 2016, s. 80). Siri Næss regnes som en pioner i Norge innenfor det å definere begrepet, og hennes definisjon lyder som følge (Rustøen, 2016, s. 85):

En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative.

Med kognitive opplevelser legger Næss vekt på opplevelser som inneholder vurderinger, tanker og oppfatninger, mens affektive opplevelser er følelsesmessige tilstander (Næss, 2011, s. 20-21). Siri Næss hevder at man må knytte ordet "livskvalitet" til enkeltindivider, ikke til samfunn, altså definere ordet psykologisk eller subjektivt, og ikke materielt eller objektivt. Materielle gjenstander kan ses på som midler som kan hjelpe i situasjonen, men er ikke tilstrekkelige i seg selv. Næss poengterer at livskvalitet beregnes blant annet i opplevelsen av å ha det godt, noe som kun personen selv som er i situasjonen vet (Næss, 2011, s. 16).

Begrepet livskvalitet er et vidt begrep av stor dimensjon, som innebærer mye og er en helhet av mennesket. Begrepet innebærer blant annet helse som en del av helheten. I tillegg til subjektivt velvære, som eksempelvis glede, og sosiale indikatorer, som familie og inntekt (Næss, 2011, s. 27). For mennesker i sykdom eller krise kan betydningen endre seg. Forskning viser at om man spør en palliativ pasient hva vedkommende tenker på er viktigst, svarer gjerne mange at de først og fremst tenker på de nærmeste eller familie (Hirsch & Røen, 2016, s. 318).



## 3.0 METODE

I Dalland (2012) nevnes et mye brukt utsagn av Vilhelm Aubert for å definere ordet metode.

Ordet er sitert i mange sammenhenger og defineres slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Metode er et redskap i en undersøkelse (Dalland, 2012, s. 114), i en sammenheng med noe man ønsker å undersøke. En metode hjelper å samle inn data, som vil si at den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår, videre systematisere innhentet informasjon og omforme denne. Begrunnelsen for å kunne velge en metode er at man mener den bestemte metoden vil gi oss gode data og belyse det aktuelle spørsmålet på en faglig interessant måte som kan brukes til å komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2012, s. 111).

Metode karakteriseres hovedsakelig i to ulike måter, nemlig kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode er en metode som gir informasjon i form av målbare enheter. Tallene man innhenter kan gi oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, forme tabeller eller beregne prosentvis for eksempel. Mens kvalitativ metode brukes for å få frem meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes, beregnes eller måles på noe vis. Begge disse formene for metode bidrar til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, samt hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112).

### 3.1 LITTERATURSTUDIE

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie, som vil si at det der litteratur man studerer og som brukes som kildegrunnlag. Dette vil altså si informasjon som er undersøkt og allerede skrevet om av forfattere (Støren, 2013, s. 16). I en slik studie skapes det altså ingen ny kunnskap, men man systematiserer kunnskapen. Å systematisere vil si å søke etter den, samle den, vurdere den og sammenfatte den (Støren, 2013, s. 17).

En slik litteraturgjennomgang kan være utgangspunktet for en empirisk undersøkelse, men gjennomgangen kan også være målet med selve studien. Dette kalles en ”gjennomgang” eller en ”vurdering”, som på engelsk kalles ”a literature review”. Innenfor sykepleieforskning er det vanlig å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra en primærkilde som er

publisert i form av artikler eller rapporter. Som vil si at for eksempel rapporten er skrevet av personene som har gjennomført undersøkelsen. En litteraturstudie kan gjennomføres på ulike måter, det finnes ingen mal. Vedkommendes ambisjon må være å ha en gjennomgående god struktur i gjennomføring og rapportering. Det er likevel noen krav, nemlig å ha med problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet samt en følgende rapport (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-63).

### 3.2 LITTERATURSØK

I søkeprosessen har jeg brukt Høyskolen på Vestlandet sine databaser. Databasene jeg brukte i oppstartfasen var Svemed+, Pubmed, Cinahl. Begrenset videre søket til kun bruke Cinahl, nettopp fordi den er internasjonal. Emnet mitt krever internasjonal dekning, som følge av at det ikke er undersøkt i så stor grad. Totalt fant jeg tolv artikler. Jeg leste disse nøye med et kritisk blikk, og fant fire relevante hovedartikler som presenteres i resultatdelen.

Søkeordene jeg brukte var "cancer wound\*", "fungating wound\*", "malignant wound\*", "malignant fungating wound\*", "psychological impact\*", "psycososial issue\*", "quality of life", "life quality", "palliative care", "palliative", "end of life care", "end of life", "symptom burden", "malodour", "pain", "exudate", "breast cancer" og "cancer mamea".

### 3.3 KILDEKRITIKK

Alt som brukes i en oppgave er kilder. Alle kilder må vurderes i forhold til kvalitet og relevans for oppgaven. Dalland (2013, s. 67) skriver at kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Som vil si å vurdere, analysere og tolke referansene som er benyttet. Jeg har søkt etter relevant litteratur relatert til min problemstilling og kritisk vurdert litteraturen jeg fant. Mine søk har jeg begrenset til artikler som ikke er eldre enn ti år, som følge av at temaet ikke er så mye undersøkt. I tillegg at artiklene var tilgjengelige i fulltekst og er skrevet på norsk eller engelsk.

For å velge ut artikler leste jeg gjennom dem nøye med et årvåkent blikk, i tillegg til å vurdere dem opp mot retningslinjer for forskningsartikler fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Eksempel ligger ved, se vedlegg I. Alle mine utvalgte artikler er skrevet på engelsk, dermed må det tas høyde for at min forståelse kan være mistolket.

Jeg har valgt en artikkel fra Taiwan. Den vurderes likevel som relevant som følge av at pleien utøvd til pasienter med kreftsår i palliativ fase, hvordan dette kan påvirke pasientene psykososialt, i tillegg til eventuell problematikk for helsepersonell, vurderes som lik som i den vestlige verden (Lo et al., 2011). Videre har jeg valgt ut en artikkel fra 2004, av Saeed, Keehn og Morgan. Denne referansen er med som følge av at det var den eneste som omhandlet prognose ovenfor pasienter med kreftsår.

I prosessen for å finne faglitteratur og annen litteratur har jeg vært på biblioteket på Høgskolen på Vestlandet i tillegg til Universitetet i Stavanger. Jeg har valgt ut relevant litteratur for min problemstilling, og dermed både primær og sekundærlitteratur. I forhold til utgivelsesår og emnet, har jeg valgt å bruke nyere litteratur. Med unntak av en bok om behandling av maligne sår. En bok av Naylor, Laverty og Mallett fra 2001, hvorav dette var den eneste jeg kunne finne på emnet. Se mer informasjon i referanseliste.

### 3.4 METODEKRITIKK

Metodetrianglering vil si å kombinere kvalitative og kvantitative tilnærminger slik at en oppveier for de svakhetene som er forbudt med bare å benytte en metode. Når en kombinasjon av ulike metoder gir samme resultat, er det et sterkt argument for at studiens resultater er gyldige. Forskeren får en mer nyansert, perspektivrik og helhetlig forståelse, samtidig som samsvar mellom data ut fra de ulike metodene gir et sterkt kunnskapsgrunnlag (Thidemann, 2015, s. 79). I studien har jeg valgt å bruke databasene til Høgskolen på Vestlandet, som følge av at de anbefales av helsefaglige databaser. Søkeordene jeg brukte ble valgt ut i fra oppgavens emne og problemstilling.

## 4.0 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres utvalgt forskning som kan belyse min problemstilling.

### 4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER

*Artikkel 1.*

Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life.

Forfatter: Gibson, S. & Green, J. 2013

Hensikt: Å undersøke eksisterende forskning som omhandler pasienter med kreftsår og livskvalitet, og deretter gi anbefalinger for hvordan disse situasjonene kan bli tatt opp i praksis.

Metode og utvalg: Kvalitativ, systematisk litteraturstudie, hvorav 10 artikler ble valgt ut for studien.

Resultat: Studien gir innsyn i pasienter som lever med kreftsår, og funnene viser til at de synes det er overveldende, nådeløst og oppleves som at såret påvirker hele livet. Den psykiske påvirkning av kreftsår ble nevnt i flere av artiklene i studien, hvorav fleste rapporterte problematikk med lukt og sekresjon. Opplevdes så sterkt at det påvirket livskvaliteten til pasientene. Studien har som mål å gjøre sykepleiere mer oppmerksom på dybden i ødeleggelsen for pasienter med slike sår. Studien poengterer at helsepersonell har for lite kunnskap rundt dette med kreftsår, og etterlyser profesjonell undervisning og støtte. I tillegg å involvere et minimum av pleiere til denne pasientgruppen, kalt terapeutiske relasjoner. Det for å skape bedre relasjoner, hvor det er lettere å åpne seg og gi effektiv symptomlindring. Videre etterlyses det informasjon til pasientene, for å gjøre dem sikrere i egen situasjon, bedre egen omsorg, og redusere angst og smerte. Det foreslås at dette kan gjøres ved hjelp av informasjonshefter eller brosjyrer, eller lydopptak. Videre kommer det frem at dagbok eller egenvurderings skjemaer, som The Wound and Symptoms Self-Assessment Chart, kan være gode alternativer for pasientene. Skjemaet kan gi en åpning for helsepersonell til å diskutere sensitiv informasjon og å gjøre det lettere for pasientene å åpne seg. I tillegg anbefales verktøy som TELER og MFWST.

*Artikkel 2.*

Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues.

Forfatter: Alexander, S. 2009

Hensikt: Å undersøke hvordan psykososiale effekter kan bli kontrollert, i tillegg til hvordan best å kontrollere smerte og blødning.

Metode og utvalg: Studien er fjerde og siste delen av totalt fire, og studien er en systematisk litteraturstudie. I studien ble det brukt 264 artikler, ni bokkapitler og en avhandling i studien, alt i perioden 1990-2009.

Resultat: Gjennom studien kommer det frem hvordan psykososiale effekter kan håndteres i tillegg til å undersøke håndtering av smerte og blødning. Som sykepleier som arbeider med disse pasientene poengteres det at det å utvikle individuell smerteprotokoll med aktuelle smertestillende legemidler, eksempelvis morfin, oxycodone gel eller EMLA krem. I tillegg nevnes ikke-medikamentelle smertelindring, som avslapping, musikk, massasje, visualisering, bilde og aromaterapi. Som sykepleier er det å vite hva som kan lindre smerte, kløe og blødning vesentlig og veldig viktig. Gjennom artikkelen kommer det frem en rekke ulike tiltak. I tillegg kommer det frem fordeler med sosialt nettverk for mennesker som lever med kronisk sykdom, både i forhold til å redusere stress, selvfølelse og i mestringsprosessen.

*Artikkel 3.*

Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial issues.

Forfatter: Alexander, S. 2009

Hensikt: Å undersøke litteratur på aktuelle symptomer og psykososial påvirkning for personer som lever med kreftsår.

Metode og utvalg: Studien er andre delen av totalt fire, og studien er en systematisk litteraturstudie. I studien ble det brukt 264 artikler, ni bokkapitler og en avhandling i studien, alt i perioden 1990-2009.

Resultat: I studien kommer det frem at pasienter som lever med kreftsår sliter med store fysiske plager som lukt, sårsekresjon, smerter og blødning. I tillegg til psykiske konsekvenser hvorav ubehagelig lukt medførte angst, samtidig som dette er symptomer som det er vanskelig å behandle.

For helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen er det viktig at hvert enkelt individ får egen tilpasset bandasjering, det som fungerer best hos vedkommende, for å redusere sjansen for sårveske og blødning gjennom klær og sengetøy for eksempel. Samtidig er tilstrekkelig smertestillende i forkant av sårstell viktig, og å fokusere på helheten av mennesket. Da spesielt for denne pasientgruppe. Helsepersonell må i tillegg være klar over og forberedt i forveien for muligheten for katastrofal blødning i tilfellet tumoren eroderer en arterie, noe som er mest aktuelt for kreftsår i hode og halsregionen.

*Artikkel 4.*

Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds.

Forfatter: Lo, S., Hayter, M., Hu, W-Y., Tai, C-Y., Hsu, M-Y. & Li, Y-F. 2011

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom kreftsår og livskvalitet, og eventuelt hvordan dette kan påvirke hverandre.

Metode og utvalg: Dette er en kvalitativ og kvantitativ studie, hvorav den baseres på både spørreskjema og intervjuer. Emnet livskvalitet som studien omhandler tilsier at den er kvalitativ, men måten studien er gjennomført samt presentasjonen av tabell tilsier at den er kvantitativ.

Resultat: Gjennom studien ble det avdekket at livskvaliteten til pasienter som lever med kreftsår, påvirkes av flere faktorer. Pasientens alder, lukt, sårrelatert smerte og sårrelatert psykologisk problematikk var alle faktorer som påvirker total livskvalitet. I studien avdekkes det verktøy man kan bruke i rollen som sykepleier, MFWAT, som også er brukt i studien. I tillegg trekkes behovet for å utvikle skikkelige retningslinjer for behandling av sår frem. Samt instrumenter og rutiner for å vurdere effekten av behandling. Avslutningsvis poengterer det at det faktisk er sykepleiere utøver pleie og støtte til denne pasientgruppen, dermed er behovet for å få bedre innsikt i den psykisk påkjenning for disse pasientene vesentlig. I tillegg er det viktig å tilby nyeste og beste alternativene i forhold til bandasjering for kreftsår.

## 4.2 HOVEDFUNN

For sykepleiere som skal arbeide med pasienter med metastaser til hud, kommer det frem i flere av artiklene at økt kunnskap rundt emnet er nødvendig. Å undervise, støtte og opparbeide seg mer kunnskap rundt dette med problematikk relatert til lukt, smerter, blødninger, sårsekresjon, kløe og infeksjoner. I tillegg anbefales det å gi pleie og omsorg til denne pasientgruppen i terapeutiske relasjoner. Det for å skape bedre relasjoner, hvor det er lettere å åpne seg og for å gi effektiv symptomlindring. Det anbefales å bruke ulike verktøy, alt etter hva som foretrekkes av pasienten og sykepleier. Det finnes ulike verktøy som TELER, MFWAT, The Malignant Fungating Wound Assessment Tool, å føre dagbok eller egenrederingsskjema, The Wound and Symptoms Self-Assessment Chart.

Gjennom studiene kommer det også frem at mer informasjon til pasientene etterlyses. Dette for å vite mer hva man kan forvente i forhold til såret, forbedre egenomsorg og i tillegg til å redusere frustrasjon, smerte og angst, og dermed gjøre dem mer sikre i egen situasjon. Det anbefales å bruke informasjonshefter, brosjyrer eller lydopptak som pasientene og pårørende kan ha med hjem. Avslutningsvis anbefales sosiale grupper eller nettverk for å dele erfaringer rundt emnet, i tillegg til å utarbeide individuelle sårprosedyrer og smerteregimer for hver enkelt pasient.



## 5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene jeg har gjort gjennom utvalgte forskningsartikler opp mot fire definert hovedpunkter; kunnskaper og ferdigheter, organisering, kartleggingsverktøy og informasjon til pasientene. Funnene diskuteres opp mot funn fra artikler, egne erfaringer og annen relevant litteratur, for å finne svar på problemstillingen; *Pasienter med spredning av brystkreft til hud kan oppleve psykososiale konsekvenser. Hvordan kan man som sykepleier hjelpe disse pasientene?*

### 5.1 ØKT KUNNSKAPSNIVÅ

Det rapporteres i flere studier at sykepleiere stiller for dårlig forberedt til å pleie pasienter med kreftsår. Det etterlyses behov for mer utdanning, kunnskap og informasjon, i tillegg til kliniske retningslinjer og støtte (Taylor, 2011, Gibson & Green, 2013, Lo et. al., 2011, Reyonlds & Gethin, 2015). Dette kan skyldes at kreftsår er av unik og kompleks dimensjon (Alexander, 2009). Samtidig poengterer Taylor (2011) at det å pleie og behandle kreftsår krever et høyt nivå av kunnskaper og ferdigheter, i tillegg til fleksibilitet og kreativitet. I og med at disse sårene sjelden er enkle.

Sykepleiere kan oppleve det å arbeide med kreftsår som utfordrende. I den forbindelse sliter de med å beherske egne følelser i tillegg å oppleve problematikk ved flere aspekter av pasientomsorgen til denne pasientgruppen, som også ble personlig (Gibson & Green, 2013, Taylor, 2011). Taylor (2011) hevder at noen sykepleiere har vanskeligheter med å åpne seg og ofte er stille når det pleier pasienter med kreft. Det kan tenkes at det kan være utfordrende å arbeide med kreftpasienter, i og med at i dag er kreft er utbredt diagnose og stort sett alle kjenner eller har bekjentskap til noen med en kreftdiagnose. Kun i 2015 ble det diagnostisert 32 592 nye krefttilfeller i Norge (Kreftregisteret, 2015).

Alexander (2010) beskriver at sykepleiere opplevde problematikk når kroppsdeler falt bort mens de pleide sår, som igjen førte til håpløshet og frustrasjon, grunnet pleierne opplevde at de ikke kunne hjelpe pasientene tilstrekkelig. Dette kan nok oppleves problematisk, i og med at man i rollen som sykepleier er vant med å hjelpe mennesker ved se resultater på tiltak relativt raskt. Eksempelvis om man hjelper ved å gi smertestillende, skal man dokumentere effekten av legemiddelet. En rapport skriver at sykepleiere ofte fant det utfordrende å pleie

pasienter med kreftsår, som følge av at kreftsår oftest er uhelbredelige (European Oncology Nursing Society, 2015).

Eventuelle tiltak og behandling som settes inn for pasienter med malign tumor med metastaser, avgjøres helt av pasientens symptombilde i kombinasjon med prognostiske faktorer. I rollen som sykepleier er symptomlindring ovenfor denne pasientgruppen grunnleggende, i og med at pasientene er i palliativ fase. Pasientene kan være på ulike stadier i palliativ fase, dermed kan det tenkes at man kan møte pasientgruppen i ulike sammenhenger, for eksempel i hjemmesykepleie, sykehjem, sykehus eller poliklinisk. Palliativ behandling, kontroll av sårsekresjon og lukt, smertelindring, eventuell kirurgi eller stråleterapi, har til hensikt å lindre pasientens plager uten å forårsake altfor stor skade. Her må vises stor lydhørhet for ønsker og behov hos pasienten selv og pasientens nærmeste (Lindholm, 2012, s. 252), i tillegg til eventuelle psykososial problematikk pasienter opplever.

Taylor (2011) foreslår muligheten av at kreftsår ses altfor sjelden for å kunne behandles adekvat av en sykepleier uten videreutdanning i sår. Etersom diagnosen er relativt sjelden kan dette tenkes. Derimot er det viktigere å involvere sårsykepleieren. I en studie av Reynolds og Gethin (2015) kommer det frem at de pasientene som har fått tilbudt sårsykepleier og benyttet seg av det, har rapport veldig positive tilbakemeldinger. Blant annet i forhold til hva man kan forvente i tiden fremover når man lever med et kreftsår. Det er rapportert positive resultater, som hjelp på å ta på bandasje, lage individuelle sårprosedyrer, forbedret appetitt, emosjonell stabilitet, redusert luktproduksjon og smertenivå, følelsen av å være mer avslappet, sove bedre, generelt forbedre livskvalitet og muligheten til å ha en bedre tilværelse med såret (Reynolds & Gethin, 2015, Lo et al., 2008). En deltaker i studien uttalte "I think that the wound specialist nurse is my angel, because she drives out my malodour and exudate. I was very pleased to have met her" (Reynolds & Gethin, 2015).

## 5.2 ORGANISERING

Lo et al. (2008) poengterer behovet for å involvere eksperthjelp for pasienter som lever med kreftsår, som for eksempel sårsykepleiere eller palliativt team. På lik linje poengterer Gibson og Green (2013) fordelene med å involvere sårsykepleiere for pasientgruppen. Likevel kommer det frem i en studie av Lo et al. (2011) at det kun er 15 % av pasientene, som deltok i studien, som hadde en sårsykepleier involvert i egen behandling. Som vil si at det kun et fåtall av pasientene som blir tilbudt kontakt med sårsykepleier.

I helsepersonelloven § 4 (1999) står det ”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Begrepet faglig forsvarlighet poengterer viktigheten av å involvere sårsykepleiere til pasienter som lever med kreft. For at pasientgruppen skal få det som trengs av hjelp. Det er tross alt sykepleiere som tar seg av pasientgruppen, til tross for at det er mangel på klinisk veiledning. Sykepleiere er fagfolk som bidrar til helhetlig pleie og omsorg for sine pasienter og pårørende, og på grunn av det, trengs dimensjonen rundt kreft å bli mer tydelig. Dette vil igjen påvirke livskvaliteten til pasientene (Gibson & Green, 2013).

Det hviler på helsepersonell å øke kunnskapsnivået på emnet kreft, i tillegg til hvilke psykososiale konsekvenser dette kan ha for et menneske. I den forbindelse mer informasjon rundt hvordan å hjelpe og støtte både pasienter og pårørende. Helsepersonell må tilegne seg kunnskap og ferdigheter på dette med bandasjering og metoder for og effektivt kontrollere symptomer, som for eksempel lukt og kløe. Trolig vil mer effektiv symptomlindring heve livskvaliteten til pasientene og eventuelt deres familier (Reynolds & Gethin, 2015). Sett i et slikt lys kan eksempelvis sårsykepleiere holde undervisning for andre sykepleiere. Taylor (2011) poengterer også viktigheten av undervisning, veiledning og å støtte hverandre i den profesjonelle rollen. Gibson og Green (2013) skriver at man må kjenne sine egne begrensninger og søke råd blant eksperter ved behov.

Studier poengterer viktigheten av å involvere et minimum av pleiere til denne pasientgruppen. Dette for å skape bedre relasjoner mellom pleier og pasient, hvor det er enklere å åpne seg og gi effektiv symptomlindring (Gibson og Green, 2013, Taylor, 2011). Det kan tenkes at det åpne seg om ubehagelige symptomer man sliter med kan være utfordrende og vanskelig. Hvordan mennesker opplever dette, er forskjellig og har sammenheng med flere faktorer, blant annet alder, tidligere erfaring, utdanning, kultur og etnisitet. For noen kan det oppleves trygt og befriende å hengi seg fullstendig til helsepersonellens pleie. Andre kan oppleve det som en integritetskrenking (Stubberud, 2013, s. 14).

Individuell tilnærming er vesentlig for pasientgruppen med metastaser til hud (Taylor, 2011). Gjennom egne erfaringer er det slik at sykepleiere som ”brenner” som det de driver med, er ofte veldig interessert og strekker seg langt for å tilstrebe det beste for sine pasienter. Dermed

ved å involvere sykepleiere som er interessert i emnet, dem som selv har tatt videreutdanning i sår, er kanskje det beste alternativet? Sårsykepleiere har mer undervisning i dette med bandasjering, hva som trengs av renhold, smertestillende og i tillegg mer ressurser som kan være hjelpfulle for pasientene med kreftsår. Sårsykepleier skal være tilgjengelig for å kunne ringes ved behov, informasjon, undervisning og eventuelt videre assistanse ved behov. Det anbefales at sårsykepleierne er tilstede ved informering av diagnostisering i tillegg gjennom eventuell behandling. Videre kan eksempelvis sårsykepleier utarbeide sårprosedyrer og smerteprotokoller, mens sykepleiere kan gjennomføre prosedyrene. I tillegg er det innenfor ansvarsområdet til sårsykepleiere å være tilgjengelig om noen trenger å konfereres med (Harmer, 2008). Det kan tenkes at kursholding eller andre undervisningsformer, flere som tar videreutdanning i sår eller andre måter å heve kunnskapsnivået til sykepleiere som skal arbeide med denne pasientgruppen, kan påvirke i positiv retning.

### 5.3 KARTLEGGINGSVERKTØY

I flere studier kommer det frem at kunnskapsnivået rundt emnet kreftsår er for lavt (Taylor, 2011, Gibson & Green, 2013, Lo et. al., 2011, Reynolds & Gethin, 2015). For å heve dette nivået kan det tenkes at ulike verktøy og kartleggingsmetoder kan hjelpe sykepleiere å organisere prosedyrer og arbeid, i tillegg til kontinuiteten i pleien. Gibson og Green (2013) poengterer fordelene med en guide for bandasjering hvor en kan forme og re-designe egne modell-bandasjer til hver enkelt pasients behov. På lik linje skriver Lo et al. (2011) fordelen med å utvikle skikkelige retningslinjer for behandling av kreftsår, i tillegg til instrumenter og rutiner for å vurdere effekten av disse retningslinjene.

Gibson og Green (2013) hevder at ulike verktøykasser skulle være tilgjengelig for sykepleiere som har behov for det. Eksempelvis håper The European Oncology Nursing Society å utarbeide en undervisning verktøykasse, som har som formål å forbedre praktisk arbeid. Det ved å gi sykepleiere kliniske retningslinjer i tillegg til informasjon rundt patologi og evaluering av hvordan behandle kreftsår. Dette verktøyet skal være tilgjengelig for alle sykepleiere som det er sannsynlig skal pleie slike sår, i tillegg til sykepleierne med videreutdanning i sår, cancer og palliasjon.

Litteratur foreslår at pasienter med komplekse sår kan selv dokumentere informasjon de ønsker helsepersonell skal ha kjennskap til. På den måten har man enkelt tilgang til

informasjon (Gibson & Green, 2013). Sett i et annet lys kan dette være problematisk for pasienter med kreftsår i og med at problemområdene kan være av psykososial konsekvens, i tillegg til at det er mye skam og ydmykelse på emnet og pasientene ofte prøver å dekke over sår.

Gibson og Green (2013) poengterer effekten av pasientdagbok og The Wound and Symptoms Self-Assessment Chart. Et slikt skjema kan bidra til å skildre hvordan kreftsår påvirker pasientens liv, samtidig som det kan benyttes for å identifisere effekten av og behovene til eventuelle pårørende. Pasientdagbok kan benyttes for å evaluere effekten av behandling, samtidig som å oppmuntre pasienten til å formidle følelser som vedkommende måtte sitte inn med. Sannsynligvis kan det da bli enklere å ta disse følelsene opp neste gang man møter helsepersonell.

Det finnes ulike kartleggingsverktøy for kreftsår. Gibson og Green (2013) fremhever TELER, Treatment Evaluation by A Le Roux, som fokuserer på å evaluere behandling av kreftsår. I tillegg til The Malignant Fungating Wound Assessment Tool, MFWAT, som består av to vurderinger, nemlig pasientens subjektive oppfatning av såret samt objektiv vurdering av sårbunnen (Lo et al., 2011). Derimot kommer det frem i en studie av Gibson og Green (2013) at denne typen verktøy sjelden brukes i praksis. Sett i et slikt lys kan man konkludere med at sykepleiere generelt må bli flinkere å bruke slike verktøy, dette på grunn av det de kan assistere i det praktiske arbeidet.

## 5.4 INFORMASJON

Gjennom studier kommer det frem at pasienter med kreftsår rapporterer manglende informasjon omkring egen situasjon (Gibson & Green, 2013, Probst, Arber & Faithfull, 2013). Dette påvirker pasientenes evne til egen pleie og kan øke eventuell angst og smerter. Å gi informasjon rundt diagnosen, symptomer, behandling, pleien som oftest er nødvendig, følelsesaspekter, mestringsmekanismer og tilgang til støtte, både praktisk og psykososial, burde være grunnleggende (Gibson & Green, 2013). Det kan tenkes at uvitenhet, mangel på kunnskap og erfaringen, i tillegg til at man sjelden håndterer denne pasientgruppen, fører til at det blir mangel på informasjon. I Maslows behovhierarki er psykososiale behov et grunnleggende behov. Psykososiale behov kan utforme seg i form av å mangel på informasjon. Sett i et slikt lys er informasjon en viktig del av sykepleieutøvelse, og er grunnleggende for å bedre pleien ovenfor pasienter med kreftsår.

I § 3-2 Pasient og brukerrettighetsloven står det skrevet at ”pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten har krav på informasjon om behandlingstiltak, prosedyrer, undersøkelser og behandlingsforløp. Informasjon øker oversikten over og forståelsen av situasjonen. Pasienten får bedre kontroll over det som skjer. Informasjon om hendelsesforløpet i behandlingen og logiske forklaringer på prosedyrer og undersøkelser kan bidra til å hjelpe pasienten til å mestre det negative stresset som er forbundet med dette. Forberedende beskrivelser av prosedyrer eller undersøkelser gjør det mulig for pasienten å danne seg et bilde på forhånd av det som skal skje, og å forberede seg mentalt på det som kommer (Stubberud, 2013, s. 77).

Det hevdes at god informasjon hever pasientens evne til forståelse av egen diagnose, samtidig som den oppmuntrer til god egenomsorg, brukermedvirkning og deltakelse samt samarbeid, som igjen gjør det mulig for pasienter å delta i avgjørelse av egen pleie, som igjen gir en følelse av kontroll over eget liv (Gibson & Green, 2013). I en studie av Naylor et al. (2001) kommer det frem at rådgivning og informasjon om hvordan å mestre utfordringer skal bli gjennomført tilstrekkelig, når man hjelper pasienter og pårørende om hvordan å takle å leve med kroniske, komplekse sår. I en studie av Lo et al. (2008) kommer det frem at deltakerne hadde stor fordel ved at sykepleiere delte egne erfaringer med pasienter omkring kreftsår i tillegg til bandasjering.

Sykepleiere rapporterte at det var utfordrende å holde samtaler med denne pasientgruppen, og spesielt samtaler som omhandlet døden og kroppsbilde, selv om pasientene selv ønsket å være åpne (Alexander, 2010). Det kan tenkes at emner som omhandler død og om andres komplekser, kan være utfordrende å prate om, i og med at dette er sensitive områder. Sett i et annet lys er det viktige emner å prate om, i og med at pasienten har krav på informasjon i tillegg til at brukermedvirkning er en grunnleggende del av all sykepleieutøvelse.

Gibson og Green (2013) trekker frem viktigheten av informasjon og foreslår brosjyrer, hefter eller lydopptak av konsultasjoner, som pasientene kan ta med seg hjem. Studien foreslår at mennesker evne til å ta i mot og huske informasjon er begrenset i stressende situasjoner (Gibson & Green, 2013). Sett i et slikt lys kan informasjonsbrosjyrer og hefter være til stor

nytte. Harmer (2008) understreker viktigheten av å være oppmerksomme på og eventuelt informere pasienten om frivillige grupper, støttegrupper, rådgivning, psykolog og sosiologer, om det skulle være nødvendig.

Sårklinikker har økt sosial kontakt mellom pasienter som lever med kroniske og komplekse sår. Det er rapportert redusert stressnivå og mestringsopplevelse (Alexander, 2009). Likevel er folk motvillige til å møtes der, som følge av at pasientenes sår finner sted på ulike plasser anatomisk (Gibson & Green, 2013). Det kan tenkes at dette kan oppleves som er problem for pasientene, som følge av skam, flauhet og tabu på området. I Sverige, ved Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, er det et eget tilbud for pasienter med maligne tumorsår på avdelingen Onkologiska kliniken (Lindholm, 2012, s. 253). Det kan tenkes at et lignende tilbud i Norge kan hjelpe denne pasientgruppen i positiv retning.

I dagens samfunn er kanskje psykososiale behov de vanskeligste å tilfredsstille (Tamm, 2012, s. 140). Kreftsykdom kan utfordre de grunnleggende fysiologiske behovene i form av appetittløshet, svelgevansker og søvnproblemer for eksempel. De sosiale behovene kan rammes gjennom bivirkninger og seneffekter som reduserer den sosiale funksjonsevnen, som kan føre til endring av eventuelle planer, verdier og levemåter. Psykososiale behov er mer diffus problematikk, hvorav kroppssoppfatning kan endre seg, sosial isolering og behov for informasjon kan oppstå (Naylor, 2014). Lo et al. (2011) poengterer at pasientens alder, sårproblematikk og psykologiske utfordringer er relatert til pasientens livskvalitet. Dermed psykososiale behov, i og med at det inngår i livskvalitet.

Studier har vist at pasientenes største hinder for livskvalitet eller å få dekket sine psykososiale behov kan være noe annet enn det helsepersonell tror. Stressfaktorer og andre faktorer kan spille inn på de psykososiale behovene (Rustøen, 2016, s. 107). Höcker, Krüll, Koch og Mehnert (2014) skriver i en artikkel at flertallet av kreftpasienter indikerer psykososiale behov som ikke er tilfredsstilt. Gjennom studien kommer det frem at 77 % av deltakerne har ønsker om å oppleve natur og å være kjærlig mot andre mennesker. Det kan tenkes at dette kan bli utfordrende for denne pasientgruppen i og med at blant annet lukt og blødning kan begrense dem.

Gjennom Maslows behovshierarki forklares personlighetsutvikling, gjennom individuell motivering, målsettinger og verdier (Dahl, 2016, s. 63). Mennesker som opplever kreftsykdom kan måtte omstilling seg livet. Slike omstillingsprosesser bekrefter den sterke utfordringen som kreftsykdom representerer for motivasjon. Vanskelig med slik omstilling av motivasjon kan bidra til økt personbasert sårbarhet (Dahl, 2016, s. 64). Sett i et slikt lys poengterer forskning at palliative pasienter ofte er mest opptatt av sine nærmeste og familie (Hirsch & Røen, 2016, s. 318).



## 6.0 KONKLUSJON

Brystkreftdiagnostiserte med metastaser til hud kan oppleve flere symptomer som følge av sykdommen. Sårerne er ofte unike og komplekse, og medfører symptomer som kan påvirke pasientens fysiske, psykiske og sosiale helse. Pasienter som lever med kreftsår har i gjennomsnitt tre til seks måneder levetid etter diagnostisering, hvorav palliativ og symptomlindrende behandling er målet. Rollen som sykepleier ovenfor denne pasientgruppen kan være utfordrende, som følge av lite kunnskap på emnet, at det kan være utfordrende å tilstrebe å dekke psykososiale behov, i og med at psykososiale behov er individuelle for hvert enkelt individ, i tillegg til at diagnosen sjeldent ses.

Gjennom litteratur poengteres det at psykososiale behov kanskje er de vanskeligste å tilfredsstille. Samtidig som at det er ingen sjanse for andre mennesker å si noe om hvordan pasienten opplever det å være syk. Samtlige sykepleietiltak som er funnet i studien, kan knyttes opp mot psykososiale behov og hvordan man i rollen som sykepleier kan hjelpe pasientgruppen med kreftsår.

I utvalgte artikler poengteres behovet for spesialiserte sårsykepleiere til pasientgruppen. Forskning viser at pasienter som benyttet seg av sårsykepleiere hadde fordeler innenfor psykososiale og fysiske aspekter, sammenlignet med dem som ikke fikk tilbudt sårsykepleier. Videre understrekes behovet for å øke kunnskapsnivået rundt emnet kreftsår blant helsepersonell. Det etterlyses mer kunnskaper og ferdigheter blant bandasjering og redusering av typiske symptomer relatert til kreftsår. For å øke kunnskapsnivået poengteres undervisning eller kursholding av eksempelvis sårsykepleier. Individuelle sårprosedyrer og smerteregimer fremheves, som eksempelvis kan utarbeides av sårsykepleier og gjennomføres av sykepleiere. I tillegg til at sykepleier kan kontakte spesial sykepleier ved behov for konferering, dermed en slags organisering av pleien. Vurdering av utstyr og kartleggingsverktøy poengteres gjennom forskning at trenger avklaring. Hvilke verktøy som kan brukes ovenfor pasientgruppen og hvordan sykepleier eller pasient skal bruke det. Det kommer også frem at terapeutiske relasjoner anbefales ovenfor disse pasientene.

Avslutningsvis etterlyses det behov for mer informasjon til pasientene. Enten i form av hefter, brosjyrer eller lydopptak, som pasienter og pårørende kan ha med seg hjem. Informasjon omkring sosiale nettverk og grupper som kan assistere omkring emnet kreft fremheves. Hver

pasient trenger individuell oppfølging, med sårprosedyre og smerteprotokoll. Tilbud om kontakt med sårsykepleier og palliativt team må tilbys ved behov.

Det kan tenkes at overnevnte tiltak kan hjelpe pasienter med sin opplevelse av psykososiale behov. Derimot kan man ikke konkludere med at tiltakene vil hjelpe disse pasientene.

## REFERANSELISTE

- Adderley, U., & Holt, I. (2014). Topical agents and dressings for fungating wounds. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (5), N.PAG.  
doi:10.1002/14651858.CD003948.pub3
- Alexander, S. (2009). Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *Journal Of Wound Care*, 18(7), 273-280.
- Alexander, S. (2009). Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. *Journal Of Wound Care*, 18(10), 418-425.
- Alexander, S. (2010). An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. *International Wound Journal*, 7(6), 456-465. doi:10.1111/j.1742-481X.2010.00715.x
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom, psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- European Oncology Nursing Society. (2015). *Recommendations for Care of Malignant Fungating Wounds*. Hentet 21. April 2017 fra <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>
- Gibson, S. & Green, J. (2013). Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *Journal Of Wound Care*, 22(5), 225-275.
- Harmer, V. (2008). Breast cancer. Part 3: advanced cancer and psychological implications. *British Journal Of Nursing*, 17(17), 1088-1092.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa og H. Loge (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok* (3. Utg., s. 315-325). Oslo: Gyldendal akademisk.

Höcker, A., Krüll, A., Koch, U. & Mehnert, A. (2014). Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal Of Cancer Care*, 23(6), 786-794. doi:10.1111/ecc.12200

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.

Kreftregisteret. (2015). *Cancer in Norway 2015 – cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Hentet fra [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin\\_2015.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin_2015.pdf)

Kreftregisteret. (u.å.) *Brystkreft*. Hentet 28. Mars 2017 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>

Kreftregisteret. (u.å.). *Fakta om kreft*. Hentet 07. April 2017 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

Kunnskapssenteret. (2017). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 15. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe.

- Lo, S., Hayter, M., Hu, W-Y., Tai, C-Y., Hsu, M-Y. & Li, Y-F. (2011). Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1312-1321.
- Lo, S., Hu, W., Hayter, M., Chang, S., Hsu, M., & Wu, L. (2008). Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(20), 2699-2708. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02482.x
- Lund-Nielsen, B. (2011). *Malignant wounds in patients with advanced stage cancer. A randomized controlled intervention study – quantitative and qualitative findings* (Doktorgradsavhandling, University of Copenhagen). Hentet fra <http://www.ucsf.dk/documents/31204/33223/Lund-Nielsen+2011.+Malignant+wounds+in+patients.pdf>
- Naylor, W. (2014, 7. Januar). *Symptom control in the management of fungating wounds*. Hentet fra <http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html>
- Naylor, W., Lavery, D. & Mallett, J. (2001). *Handbook of Wound Management in Cancer Care*. Oxford: Blackwell Science.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet, forskning om det gode liv* (s. 15-51). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Probst, S., Arber, A. & Faithfull, S. (2013). Malignant fungating wounds – the meaning of living in an unbounded body. *European Journal Of Oncology Nursing*, 17(1), 38-45. doi:10.1016/j.ejon.2012.02.001
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Reynolds, H. & Gethin, G. (2015). The Psychological Effects of Malignant Functioning Wounds. *EWMA Journal*, 15(2), 29-32.
- Rustøen, T. (2016). Livskvalitet og velvære. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. Utg., s. 80-109). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Saeed, S., Keehn, C. A. & Morgan, M. B. (2004). Cutaneous metastasis: a clinical, pathological and immunohistochemical appraisal. *Journal of Cutaneous Pathology*, 31(6), 419-430.
- Schlichting, E. (2012). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 431-442.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D-G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 66-113). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk – praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Tamm, M. (2012). *Psykososiala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Taylor, C. (2011). Malignant functioning wounds: a review of the patient and nurse experience. *British Journal Of Community Nursing*, 16-22.

# VEDLEGG I: Eksempel på kildekritikk

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)

*Review of patients' experiences with  
healing wounds and associated quality of life  
Gibson og Green, 2013*

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

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

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <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>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>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.</p> <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>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b> Det er gjort rede for utvalget i studien, der det kommer frem på hvilket grunnlag andre studier ble ekskludert, og videre hvilke artikler som gjensvød. Det er gjort rede for hvordan artiklene ble publisert i.</p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>



<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>Dataene er samlet inn på en slik måte at problemstillingen blir besvart ved hjelp av å analysere andre eksisterende forskning i studien og alt dermed brukte et systematisk litteratursøk.</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><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Det kommer klart fram hvordan analysen ble gjennomført. ved hjelp av å anvende de 10 utvalgte artiklene ta data fra dem.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<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 type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Det er ikke redegjort for forskerens ståsted i emnet, men det kommer frem faglig bakgrunn.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
<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><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Gjennom oppgaven brukes flere ulike stemmer i studien, noe av poenget</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

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>ved en systematisk litteratur studie.</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 Etisk komite?</li> </ul>	<p>Ja 0</p>	<p>Uklart ☒</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b> utvalgte artikler ble analysert nåye gjennom Critical Appraisal Skills Programme Method, hvor hver artikkel ble gitt en kvalitetscore.</p>			

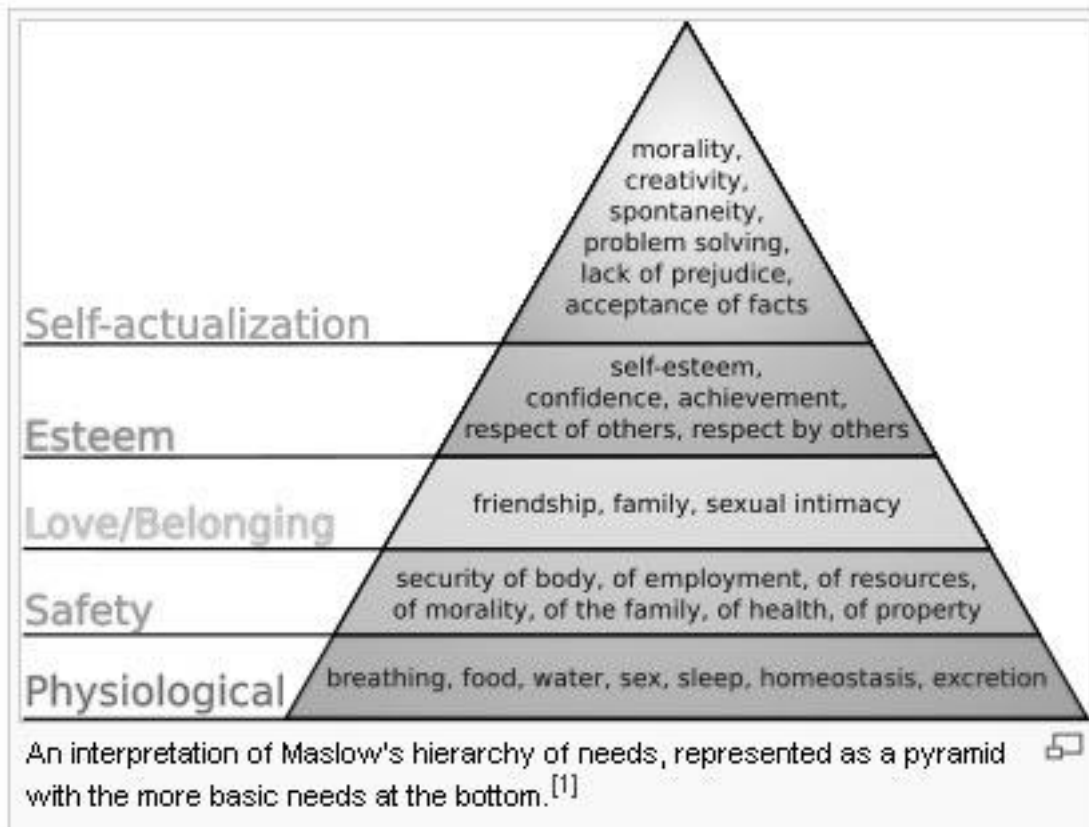
HVA ER RESULTATENE?

<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>Ja ☒</p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b> Hovedfunnene kommer klart fram ved hjelp av oversikt- og inndeling.</p>			

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS: 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>• Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b> Funnene fra studien kan brukes i praksis for gene- relle alle pasienter og sykepleiere. Sars påvirkning på personers psykiske, sosiale, psyko- logiske og åndelige perspektiv.</p>
---	---

## VEDLEGG II: Maslows behovshierarki



Hentet 17. April 2017 fra: <https://www.flickr.com/photos/37676753@N08/3779974493>