



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 28

Antall ord: 8717

Hvordan ivareta livskvaliteten hos pasienter med lungekreft og dyspné?

Bachelor i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling: Haugesund, 2015

Kull 2012

Kandidatnummer: 28

Sammendrag

Bakgrunn: Lungekreft er den vanligste kreftformen vi har i dag, og er den som tar livet av flest i Norge. Dårlig prognose og spredning fører til at pasientene ofte starter med palliativ behandling tidlig i forløpet. Dyspné er et av de vanligste symptomene ved lungekreft og over 50 % av pasientene opplever dette symptomet. Medikamentell behandling er et viktig tiltak for å lindre dyspné, men mange pasienter føler ikke at denne behandlingen lindrer godt nok. Nedsatt livskvalitet grunnet sykdommen og symptomplager er viktig å ta tak i.

Problemstilling: Hvordan ivareta livskvalitet hos pasienter med lungekreft og dyspné?

Hensikt: Å gi økt kunnskap om ikke-medikamentell tilnærming til dyspné, og finne ut av om en slik tilnærming vil kunne føre til økt livskvalitet hos pasienter med lungekreft i palliativ fase.

Metode: En systematisk Litteraturstudie basert på pensum, annen støttelitteratur og seks forskningsartikler. Artiklene er hentet fra databasene Cinahl og Pubmed.

Funn: Dyspné er et subjektivt og kompleks symptom som er vanskelig å håndtere, og opplevelsen av dyspné er påvirket av både personlige og helserelaterte faktorer. Grundig vurdering av symptomet er viktig for tilrettelegging av gode ikke-medikamentelle tiltak. Livskvaliteten kan dermed ivaretas med tidlig symptomhåndtering.

Nøkkelord: Lungekreft, dyspné, palliativ pleie, livskvalitet

Summary

Background: Lung cancer is currently the most common form of cancer, and the type of cancer causing most deaths in Norway. Patients often start with palliative treatment early in the disease process due to poor prognosis and spread. Dyspnea is one of the most common symptoms of lung cancer, and over 50% of patients experience this. Medical treatment is an important initiative to ease dyspnea, however many patients do not feel it eases it significantly enough. The impaired quality of life that follows the disease and the symptoms are therefore important to acknowledge.

Question: How to preserve quality of life in patients with lung cancer and dyspnea?

Purpose: To provide increased knowledge and awareness regarding a non-medical approach to dyspnea, and to investigate if this approach can lead to an increased quality of life in patients with lung cancer in the palliative phase.

Method: A systematic literature review based on the curriculum as well as other supportive literature and six different research articles. The articles have been collected from Cinahl and Pubmed.

Findings: Dyspnea is a subjective and complex symptom which is difficult to handle, and the patient experience of dyspnea is affected by both personal and health related factors. A thorough assessment of the symptom is important for the facilitation of good non-medical treatments. Quality of life can thereby be preserved if the symptoms are managed from an early state.

Keywords: Lung cancer, dyspnea, palliative care, quality of life.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
1.5 Begrepsavklaring	2
1.5.1 Dyspné	2
1.5.3 Lungekreft	2
1.5.4 Livskvalitet	3
1.5.5 Pasient	3
2.0 Teori	4
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv	4
2.2 Lungekreft	5
2.2.1 Dyspné	5
2.3 Livskvalitet	7
2.4 Palliasjon	8
2.4.1 Kommunikasjon i palliativ omsorg	9
2.5 Ikke-medikamentell tilnærming	9
3.0 Metode	11
3.1 Hva er metode?	11
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode	11
3.3 Litteraturstudie som metode	11
3.5 Metodekritikk	12
3.4 Etske aspekter	12
3.6 Søkehistorikk	12
3.7 Kildekritikk	14
4.0 Resultat og funn	15
4.1 Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care	15
4.2 Breathlessness in cancer patients – Implications, management and challenges	15
4.3 Considerations in Developing and Delivering a Nonfarmacological Intervention for Symptom Management in Lung Cancer: The Views of Patients and Informal Caregivers	16
4.4 Evaluating a complex intervention: A process evaluation of a psycho-education program for lung cancer patients receiving palliative radiotherapy	16

4.5 A qualitative exploration of a respiratory distress symptom cluster in lung cancer: Cough, breathlessness and fatigue.....	17
4.6 Determinants of Quality of life in Patients Near the end of life: A Longitudinal Perspective	18
4.7 oppsummering av hovedfunn.....	18
5.0 Drøfting	19
5.1 Pasientens opplevelse av dyspné.....	19
5.2 Sammenhengen mellom dyspné og andre symptomer	21
5.3 Livskvalitet	22
5.4 Ikke-medikamentell tilnærming til dyspné.....	23
6.0 Konklusjon.....	27
Litteraturliste	28

1.0 Innledning

Lungekreft er i dag en av de vanligste kreftformene vi har, og i løpet av 2012 ble det registrert 2902 nye tilfeller av lungekreft i Norge. Samme år stod lungekreft for i underkant av 20 % av dødsfallene av kreft i landet, og er med det den kreftformen som tar livet av flest i Norge (Kreftregisteret, 2012). Lungekreft forekommer helst i aldersgruppen 50 og 80 år og har fremdeles en svært dårlig prognose, selv om moderne behandling har gitt en noe bedre prognose enn tidligere (Helsedirektoratet, 2015).

Dårlig prognose og spredning fører til at mange av disse pasientene starter opp med palliativ behandling raskt i forløpet. Symptomene som oppstår, som følge av kreften og metastaser, er mange og komplekse, og symptombehandlingen i den palliative fasen er dermed viktig for at denne pasientgruppen skal ha best mulig livskvalitet i det palliative forløpet. Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2013 ut med en ny kreftstrategi; Sammen- mot kreft der ett av de overordnede målene er best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for pasientgruppen kom i praksis på medisinsk lungeavdeling, i møte med pasienter med lungekreft som kom inn med symptomforverring. De fleste inneliggende pasientene hadde avsluttet kurativ behandling og var i det palliative forløpet. Mange av de palliative pasientene vil ha behov for et eller flere opphold på sykehus i løpet av sykdomsperioden. Dette kan være grunnet symptomforverring eller for avlastning (Helsedirektoratet, 2013, s. 14) I løpet av praksisperioden oppdaget jeg at pasientenes opplevelse av dyspné var svært forskjellig, og mange følte ikke at den medikamentelle behandlingen hadde god nok virkning.

Dyspné er et av de vanligste symptomene ved lungekreft, og over 50 % av disse pasientene opplever dyspné (Oksholm, 2013, s. 258). Ved å behandle dyspné og veilede pasienten i mestring av dyspné vil det kunne forbedre andre symptomer, og likeledes pasientens livskvalitet (Nygaard, 2012).

Det blir lagt stor vekt på den medikamentelle behandlingen av symptomer som dyspné, men ut i fra egne observasjoner er det mangel på ikke-medikamentelle intervensjoner som kan

støtte opp under den medikamentelle behandlingen hos denne pasientgruppen. Dyspné er den hyppigste plagen hos disse pasientene, og disse symptomene kommer ofte i sammenheng med andre symptomer, noe som gjør dyspné til en utfordring for sykepleiere. Det vil derfor være viktig for sykepleiere å rette fokus mot dette slik at denne pasientgruppen opplever god livskvalitet i størst mulig grad.

1.2 Hensikt

Oppgaven har som hensikt å gi økt kunnskap om ikke-medikamentell tilnærming i behandlingen av dyspné, supplementært til tradisjonell medikamentell behandling. Den har også som hensikt finne ut av om en slik tilnærming vil kunne føre til økt livskvalitet hos pasienter med lungekreft i palliativ fase.

1.3 Problemstilling

Hvordan ivareta livskvalitet hos pasienter med lungekreft og dyspné?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Den foreliggende oppgaven vil ta for seg pasienter med lungekreft i den palliative fasen som opplever økt symptomforverring. Den er ikke avgrenset til noen alder, men flestparten av disse pasientene er over 60 år. Hovedfokuset vil være på den ikke-medikamentelle tilnærmingen til dyspné. Det vil derfor ikke bli skrevet om medikamentelle tiltak, selv om det er innforstått at dette er et viktig behandlingstiltak. Oppgaven vil ikke komme inn på pårørende og deres betydning, og kartlegging av symptomer og livskvalitet vil bare bli kort nevnt og ikke utdypet noe særlig.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Dyspné

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen(2013, s.63)

Definerer dyspné slik:

« (...)en subjektiv opplevelse av pustebesvær hos pasienter med sykdom i lunger og/eller andre organer som påvirker respirasjonssystemet.» (Helsedirektoratet, 2013)

1.5.3 Lungekreft

Lungekreft er malign(ondartete) svulster som oppstår i lungene og kan deles inn i ikke-småcellet lungekarsinom og småcellet lungekarsinom(Giæver, 2011, s. 186).

1.5.4 Livskvalitet

Carol E. Ferrans(Rustøen, 2011, s. 33) definerer livskvalitet slik:

Følelsen av tilfredshet eller utilfredshet med områder i livet som er viktige for en.

Definisjonen er videre delt inn i fire områder:

- Helse og fysisk funksjon
- Psykisk/åndelig
- Sosioøkonomisk
- Familie

1.5.5 Pasient

Pasient og brukerrettighetsloven(1999) definerer en pasient som:

«En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

2.0 Teori

Her vil det bli presentert teori fra pensum og annen relevant faglitteratur, som har som hensikt å belyse temaet og den valgte problemstilling.

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke Patricia Benner og Judith Wrubel(2001) sin omsorgsteori, da denne tilnærmingen til sykepleie og fokuset på omsorgen er svært relevant i forhold til den valgte problemstillingen.

Benner og Wrubel(2001, s. 25) definerer sykepleie som et omsorgsforhold og mener at omsorg er primært fordi det gir muligheten til å gi hjelp og å motta hjelp. De mener også at omsorg er helt avgjørende for all menneskelig eksistens. Denne sykepleieteorien har et fenomenologisk synspunkt som innebærer at meningen med sykdom fremkommer gjennom det enkelte menneskets personlighet, livshistorie, kulturell bakgrunn og den spesielle situasjonen mennesket er i(Benner & Wrubel2001, s. 9). Det er altså viktig for sykepleieren å forstå forskjellene og relasjonene mellom sunnhet, sykdom og lidelse, og ut i fra denne forståelsen skal sykepleieren søke etter pasientens historie, fordi de vet at enhver sykdom har en historie. En forståelse av sykdommens mening kan ha en positiv effekt på behandling og helbredelse. De mener at selv om helbredelse ikke er mulig, er det viktig å forstå sykdommens mening og betydning for personen og for hans/hennes liv. Denne forståelsen kan gi en form for helbredelse ved å overvinne fornemmelsen av fremmedgjøring, tap av selvforståelse og tap av sosial integrasjon som følge av sykdom(Benner & Wrubel, 2001, s. 31). I følge Benner og Wrubel(2001, s. 85) er sykepleieren i en unik posisjon der de kan gjøre en forskjell når det gjelder hvordan pasienten opplever sykdommen. Sykepleieren kan etablere en helbredende relasjon ved å bruke de sosiale, følelsesmessige og åndelige ressursene, og gjennom dette hjelpe pasienten med å øke følelsen av håp og gå aktiv i bedring. Sykepleieren kan altså hjelpe pasienten med å forme sykdomsopplevelsen ved å benytte ulike strategier som avslapning og visualisering(Benner & Wrubel, 2001, s. 86).

Benner og Wrubel(2001, s. 222) tar utgangspunkt i den Cartesiske modell når de mener at et symptom er psykens subjektive fortolkning av kroppens reelle sykdomsopplevelse. Psyken er altså mottaker og fortolker av inntrykk i kroppen. De mener også at å veilede pasienten uten å

krenke pasientens selvforståelse og fornemmelse av mulighet krever velinformert og omhyggelig omsorg(Benner og Wrubel, 2001, s. 286).

2.2 Lungekreft

Antallet krefttilfeller har økt de siste årene og fortsetter å øke. Dette kan ha noe med økt gjennomsnittlig levealder, og dermed økning av andelen eldre. Risikoen for kreft øker nemlig betraktelig med alderen. Kreft oppstår i en celle med genskade, og med genskade menes endringer i cellens struktur. Ved celledeling føres genskaden videre og det må vanligvis være flere skadete gener for at en malign tumor skal kunne utvikles(Bertelsen, Hornslien & Theresen, 2012, s. 127).

Lungekreft er sterkt forbundet med røyking, men også stråling, asbesteksponering og eksponering for tungmetaller er dokumenterte årsaksfaktorer(Mjell, 2012, s. 228). I følge Helse- og omsorgsdepartementet(2013) forventes det at antall nye tilfeller av lungekreft vil være stabilt fremover, men at det vil reduseres i takt med nedgang av antall røykere i Norge. Prognosen ved lungekreft er best når sykdommen diagnostiseres på et tidlig tidspunkt, der operasjon er mulig, men i dag diagnostiseres for mange pasienter for seint(Helse-og omsorgsdepartementet, 2013). Grunnen til den sene diagnostiseringen er at symptomene ofte kommer sent i forløpet, når kreften allerede har spredd seg, og at de er få og vage. Symptomer som oppstår hos denne pasientgruppen er ofte de samme som hos andre kreftpasienter, men de mest fremtredende symptomene hos lungekreftpasienter er dyspné, hoste og ekspektorat. (Oksholm, 2013, s. 258).

2.2.1 Dyspné

Dyspné er et av de hyppigste symptomene som forekommer ved langtkommen kreftsykdom, og er også et av de mest invalidiserende symptomene(Nygaard, 2012). Dyspné er en subjektiv opplevelse som ofte varierer i intensitet og uttrykkes med forskjellige faktorer som anstrengelser og følelser(Fürst & Starlander, 2008, s. 509). Hos lungekreftpasienter er dyspné, sammen med hoste, hovedsymptomet(Helsedirektoratet, 2013). Minst halvparten av alle pasienter med ulike kreftdiagnoser som er under palliativ behandling har oppgitt å ha pustebesvær. Det finnes ulike årsaker til dette symptomet, både direkte knyttet til sykdommen og årsaker som ikke har med kreftsykdommen å gjøre(Furst & Starlander, 2008, s. 509).

American Thoracic Society(1999, s. 322) definerer dyspné slik:

«(...)en subjektiv opplevelse av pusteproblemer som omfatter en kvalitativt bestemt følelse som varierer i intensitet. Opplevelsen av dyspné kommer av samspill mellom fysiske, psykiske, sosiale og miljøfaktorer og kan lede til sekundære fysiske og atferdsmessige endringer».

Fysiologisk sett er dyspné kroppens forsvarsmekanisme der kroppen prøver å opprettholde normal gassutveksling ved at man puster raskere og dypere, noe som ofte medfører at det blir tungt å puste(Mjell, 2011, s. 211).

Dyspné kan være skremmende og det kan påvirke pasientens psykiske tilstand, noe som igjen kan gi utslag i frustrasjon og sinne. Pasienten kan også føle seg sårbar grunnet den begrensede kontrollen over tilstanden(Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010, s. 114). Pustebesvær kan føre til angst og ofte påvirke livskvaliteten. For å lindre symptomer og bedre livskvaliteten er det nødvendig med sammensatte tiltak(Nygaard, 2012). Trier(2013, s. 915) mener at både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak, og en tverrfaglig tilnærming er viktig. At pasienten har dyspné i den palliative fasen, og eventuelt også er inneliggende på sykehus grunnet dette, kan føre til ekstra uro og angst. Pustebesvær kan føre til dødsangst og dødsangst kan føre til pustebesvær, og det er viktig å gi rom for samtaler om hva som uroer pasienten (Trier, 2013, s. 916). Det kan være vanskelig å utøve sykepleie til pasienter med dyspné da en ofte kan føle seg hjelpeløs fordi det ikke alltid er så mye som hjelper. Det er viktig at sykepleieren holder seg rolig for å forebygge ytterligere angst hos pasienten, da dette kan forverre opplevelsen av dyspné(Oksholm, 2013, s. 246).

For best mulig å kunne behandle og forebygge dyspné vil det være viktig å kartlegge symptomene pasienten har og i hvilken grad det påvirker det daglige liv. ESAS(Edmonton Symptom Assessment Schedule) er et verktøy som brukes til akkurat dette, og symptomregistreringen bør utføres i det første møtet med pasienten. Ut fra dette vil det kunne gi innspill rundt tilrettelegging og praktiske hjelpemidler for pasienten(Nygaard, 2012; Kaasa & Loge, 2011, s. 78).

Behandling av dyspné bør i første omgang rettes mot de bakenforliggende årsakene og behandlingen kan deles inn i fire områder: onkologisk, symptomlindrende medisiner, oksygen og ikke-farmakologisk intervensjoner(Fürst & Starlander, 2008, s. 511). Som nevnt vi fokuset i denne oppgaven være på de ikke-farmakologiske intervensjonene.

2.3 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet blir brukt av ulike faggrupper og det er ingen enighet om hvordan det bør defineres (Rustøen, 2011, s. 30). Nedenfor blir det nå nevnt ulike definisjoner på livskvalitet.

Siri Næss definerer livskvalitet slik:

En person har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse, og har en grunnstemning av glede (Sittert i Rustøen, 2011, s. 32).

World Health Organization definerer livskvalitet slik:

“Quality of life is defined as individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.” (WHO, 1996, s. 5).

Livskvalitet er en viktig målsetting innenfor sykepleien, og det er kanskje særlig viktig dersom pasienten er alvorlig syk og har få eller ingen muligheter til å bli frisk. Ved at sykepleieren tar utgangspunkt i den enkelte pasients reaksjon på sykdom, symptomer og behandling, og ikke bare selve sykdommen, kan pleien og omsorgen også rettes mot pasientens ressurser og muligheter (Rustøen, 2011, s. 29). Det er viktig at sykepleieren er klar over at livskvalitet, i stor grad, er en subjektiv følelse og at pasienter kan ha høy livskvalitet på tvers av plager og lidelser. Sykepleieren må aldri undervurdere en pasients livskvalitet ut fra sitt eget syn på pasientens liv (Rustøen, 2011, s. 34).

Carol E. Ferrans` definisjon av livskvalitet og områdene hun har delt definisjonen inn i vil nå bli utdypet.

- Det psykiske/åndelige rommer en generell tilfredshet med livet, og innenfor dette; følelser, selvbilde, usikkerhet og stress, meningen i livet, depresjon, åndelige forhold og religion, mestring, entusiasme og følelsen av trygghet og kontroll over eget liv.
- Helse og fysisk funksjon området legger vekt på aktivitetsnivå og mobilitet, seksualitet, evne til å ta vare på dem man har ansvar for og fysiske symptomer.
- Det sosioøkonomiske området omfatter vennskap og sosialt liv, arbeid, utdanning, bolig, økonomiske forhold, inntekt, sosial støtte og tilfredshet med by og nasjon.
- Familieområdet omfatter forholdet til barn, familie og ektefelle, og deres tilfredshet og lykke (Rustøen, 2011, s. 34).

Livskvalitet er altså, i følge Ferrans(2011), et flerdimensjonalt begrep der den enkelte pasients egen vurdering av livskvalitet er viktig. Ut fra denne definisjonen og disse områdene er det utviklet et spørreskjema som skal kartlegge livskvalitet, og dermed også gjøre det målbart(Rustøen, 2011, s. 34).

Når det gjelder livskvalitet hos kreftpasienter er det spesielt helsereelatert livskvalitet som er fokuset og helsereelatert livskvalitet er definert som;

«En personlig egenvurdering som oppsummerer det positive eller det negative som karakteriserer ens egen psykiske, sosiale og åndelige tilstand på et tidspunkt der helse, sykdom og behandlingsforhold er relevante»(Utne, 2011, s. 250).

2.4 Palliasjon

World Health Organization(2015) definerer palliasjon og palliative pleie som en tilnærming som bedrer livskvaliteten hos pasienter og pårørende gjennom lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer. Tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer står også sentralt. Helsedirektoratet(2013) definerer palliasjon som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet(European association for palliative care, 2015).

Å få en kreftdiagnose er en stor belastning, og belastningen bli enda større hvis man får vite at sykdommen ikke kan kureres. Palliasjon har som fokus å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig hos pasienter som har en inkurabel sykdom, og man kan si at palliasjon er både behandling, pleie og omsorg. For å kunne oppnå optimal palliativ behandling er det viktig å starte opp nødvendige tiltak på rett tidspunkt i sykdomsforløpet (Kaasa, 2011, s. 38).

Palliativ behandling kan deles inn i to tilnærminger; Palliativ, symptomforebyggende behandling og palliativ, symptomlindrende behandling. I den symptomforebyggende behandlingen tas det sikte på å forebygge eller utsette symptomer som vil kunne komme uten behandling. Målet her kan også være å utsette utviklingen av sykdommen for en tid, og behandlingen rettes mot tumormanifestasjonene. Den symptomlindrende behandlingen rettes mot ett eller flere av symptomene tar sikte på å lindre disse(Kaasa, 2011, s. 41).

2.4.1 Kommunikasjon i palliativ omsorg

Det overordnede målet innenfor palliativ behandling og pleie er livskvalitet. Som tidligere nevnt, blir livskvalitet sett på som en subjektiv følelse. Da det er en subjektiv følelse kan livskvalitet dermed kun kartlegges ved å kommunisere med pasienten, og gode ferdigheter innen kommunikasjon blir da spesielt viktig i møte med pasienter i palliativ fase av en kreftsykdom(Helsedirektoratet, 2013, s. 16). I følge Eide og Eide(2007, s. 33) er omsorg en grunnleggende forutsetning for en profesjonell og hjelpende kommunikasjon. Den profesjonelle omsorgsrelasjonen kan deles inn tre viktige momenter; Empati, fagkunnskap og målorientering. Disse utgjør en forutsetning for god, profesjonell kommunikasjon og omsorg. Empati er evnen til å sette seg inn i en annens situasjon og er en forutsetning for en profesjonell og hjelpende kommunikasjon(Eide & Eide, 2007, s. 36).

I nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen(2013) legges det vekt på at samtale mellom pasient og behandler både skal være om sykdommen og pasienten, det vil si at pasientens oppfatninger og perspektiv på situasjonen skal komme frem i samtalen. På den måten vil pasientens behov komme klarere frem og pasienten kan selv bli en aktiv part i de behandlingsvalg som blir tatt(Helsedirektoratet, 2013, s. 16).

Å utøve sykepleie til palliative pasienter kan være utfordrende. Det stilles krav til ypperlig klinisk kompetanse og evne til å kommunisere på et dypt personlig nivå med pasient og familie. Gode kommunikasjonsferdigheter er utgangspunktet for bygging av gode relasjoner, og den gode relasjonen vil kunne øke potensialet for lindring. For at sykepleier skal kunne oppnå dette kreves det evne til aktiv lytting og variasjon av åpne og lukkede spørsmål, dette for å få informasjonen i pasientens eget tempo og på en sensitiv måte. En god relasjon vil muliggjøre dype samtaler og diskusjoner med pasienten(Trier, 2013, s. 896-898).

2.5 Ikke-medikamentell tilnærming

Når man snakker om ikke-medikamentell tilnærming menes behandling/tilnærming som ikke er definert som legemidler. Legemiddelloven(1992) definerer legemidler som stoffer, droger og preparater som brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom.

Ikke-medikamentelle tilnærminger til dyspné kan være veiledning i sittestilling, pusteøvelser, PEP-maske, avslapningstrening og psykososial støtte. Leppepusting er et tiltak som mange pasienter opplever å ha effekt på dyspné. Ved denne pusteøvelsen puster pasienten rolig ut

gjennom en smal åpning mellom leppene. Dette skaper et positivt trykk i luftveiene slik at luftveiene holdes åpne når det pustes ut. Ofte kan det være nok at sykepleieren snakker beroligende og stryker pasienten over øvre del av rygg(Oksholm, 2013, s. 246; Stubberud, 2011, s. 372).

Innenfor ikke-medikamentell behandling har man også komplementær behandling. Denne behandlingsformen brukes som støttebehandling til den allerede pågående medisinske behandlingen, og som symptomlindring. Intensjonen med komplementær behandling er å redusere angst, behandle depresjon, smerte, dyspné, kvalme og tretthet. Denne behandlingsformen tar ikke sikte på å helbrede selve sykdommen(Risberg, Nilsen & Wist, 2011, s. 179).

Eksempler på komplementære behandlingsformer er musikkterapi, massasjeterapi og akupunktur. Lyd og musikk gir positive opplevelser, og det har visst effekt på stress, angst, depresjon og smerter. Mennesker trenger berøring og bevegelse, og i flere land er medisinsk massasje et eget fag. Akupunktur er kinesisk medisin der hårtynne nåler stikkes under huden og er en behandlingsform som det er diskusjon rundt om fungerer(Risberg et.al., 2011, s. 190).

I følge Risberg et al.(2011, s. 179) er det vesentlige forskjeller mellom komplementær og alternativ behandling som må understrekes, da disse ofte blir omtalt om hverandre. Alternativ behandling er ikke-dokumentert terapi som tar sikte i å behandle selve sykdommen. Komplementær behandling brukes som støttebehandling til den eksisterende medikamentelle behandlingen(Risberg et. al., 2011, s. 179).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller etterprøve påstander som har krav om å være sanne, holdbare eller gyldige, og er et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden er et redskap som hjelper til med å samle inn den informasjonen som er nødvendig i en undersøkelse(Dalland, 2007, s. 83).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjon om til målbare enheter, slik at fenomenet kan beskrives ved hjelp av tall av en større mengde. Denne metoden går i bredden og får frem det representative, det som er felles, gjennom systematiske og strukturerte observasjoner(Dalland, 2007, s. 84). I denne metoden er forskeren objektiv og holder avstand til studieobjektet for å unngå at egne meninger påvirker resultatet(Forsberg & Wengstrøm, 2012, s. 61).

Kvalitativ metode derimot, henter inn data om den subjektive opplevelsen, altså menneskets meninger, forståelse og opplevelse av omverdenen som ikke kan måles i tall. Denne metoden går i dybden, ofte ved hjelp av intervju uten faste svaralternativer, og får frem det som er spesielt og eventuelt avvikende(Dalland, 2007, s. 84). Forskeren tar i denne metoden ikke avstand fra det som studeres, og forskeren og deltakerne kan påvirke resultatet av undersøkelsen(Forsberg & Wengstrøm, 2012, s. 62).

3.3 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie der det er tatt utgangspunkt i 6 forskningsartikler. Mulrow og Oxman(Hentet fra Forsberg & Wengstrøm, 2012, s. 31) definerer en systematisk litteraturstudie ved at den tar utgangspunkt i et tydelig formulert spørsmål som systematisk blir besvart gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. I en litteraturstudie er det litteraturen man studerer, altså det som allerede er undersøkt og skrevet om. Denne metoden skaper ingen ny kunnskap, men nye erkjennelser kan komme frem når man sammenligner kunnskap fra flere artikler(Støren, 2013, s. 17). En litteraturstudie innebærer at man søker systematisk, er kritisk granskende og sammenstiller litteraturen innenfor et valgt tema eller problemområde(Forsberg & Wengstrøm, 2012, s. 34).

3.5 Metodekritikk

Det er både fordeler og ulemper ved litteraturstudie som metode og dette er viktig å ta i betraktning. Ulempene kan være at man selv velger studier, noe som kan føre til at man velger artikler som støtter sine egne synspunkt. Det kan være begrensning i tilgang til relevant forskning, og eksperter innen samme område kan komme frem til ulike vurderinger (Forsberg & Wengström, 2012, s. 30).

3.4 Etiske aspekter

I arbeidet med en systematisk litteraturstudie er det viktig å ha etiske overveielser. Man må være kritisk til litteraturen man bruker og det er viktig å velge studier som er godkjent fra etisk komité eller der etiske overveielser har blitt gjort. Det er også viktig å presentere alle resultater og ikke bare de som støtter forskerens egne synspunkter (Forsberg & Wengström, 2012, s. 77).

Denne oppgaven er skrevet i tråd med Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer for oppgaveskriving, og det er tatt nøye hensyn til forskningsetikken. Sitater og referanser skal være korrekt gjengitt og det skal tas avstand fra plagiat. Plagiat er å ta noe som en annen har gjort og føre det videre som sitt eget (Olsson & Sörensen, 2009, s. 61). Det er ingen interessekonflikt i denne oppgaven.

3.6 Søkehistorikk

Søkene etter forskningsartikler ble hovedsakelig gjennomført i databasene Cinahl og Pubmed. Søkene ble avgrenset slik at artiklene ikke var eldre enn 7 år. Søkeordene som ble mest brukt var; Lung cancer, dyspnea, palliative care, quality of life og nursing. Forskjellige rekkefølger av ordene og bruk av synonymer førte til funnene av hovedartiklene. Nedenfor blir det nå vist en mer nøyaktig søkehistorikk.

Søkebase	Søkeord	Artikkel	Artikkel type	Godkjent etisk komité	År	Treff
Cinahl	Dyspnea in Palliative care AND Nursing	1 Dyspnea in patients With lung cancer in Palliative care	Kvantitativ	Ja	2008	52
Cinahl	Dyspnea in Palliative care AND Nursing AND Management	2 Breathlessness in Cancer patients- Implications, management and challenges	Review	Ikke aktuelt	2011	2
Pubmed	Breathlessness AND Lung cancer AND Nursing	3 Developing and delivering a Nonpharmacological intervention for Symptom management in Lung Cancer: The views of Patients and informal caregivers	Kvalitativ	Ja	2012	39
Cinahl	Lung cancer AND Nurs* Experience* AND Dyspnea	4 Evaluating a complex intervention: A Process evaluation of a psycho-education program for lung cancer patients receiving palliative radiotherapy	Mixed method	Ja	2012	26
Cinahl	Lung cancer patient AND Symptom clusters	5 A qualitative exploration of a respiratory distress symptom cluster in lung cancer: Cough, breathlessness and fatigue	Kvalitativ	Ja	2011	27
Cinahl	Lung cancer AND Quality of life AND End of life AND Nursing	6 Determinants of Quality of life in patients near end of life: A Longitudinal perspective	Mixed method	Nei	2011	7

3.7 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere den litteraturen som blir brukt i oppgaven, og hensikten er at leseren skal kunne se hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland, 2010, s. 72).

For å kunne belyse problemstillingen i oppgaven på en god måte er det brukt litteratur fra pensum og annen faglitteratur fra biblioteket. Søk i helsefaglige- og tidsskriftbaser ble gjort, og relevante nettsider fra ulike organisasjoner er også blitt brukt. Det er i den grad det er mulig brukt primærkilder.

Alle artiklene som er brukt i denne oppgaven har blitt kritisk vurdert gjennom sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2015), og er alle utgitt i anerkjente tidsskrift av god kvalitet. Det er likevel begrensinger ved disse som må tas i betraktning.

Den første artikkelen er fra 2008, og det hadde vært ønskelig med nyere forskning. Det ble likevel valgt å bruke denne da den er kvantitativ og generaliserbar, og den tar for seg pasienters erfaring rundt dyspné. Artikkel nummer to er en litteraturstudie som tar for seg utfordringene rundt dyspné hos lungekreftpasienter. Den er ikke godkjent av etisk komité, og det kommer heller ikke frem hvor mange studier som er brukt i forskningen. Den er fagfellevurdert og utgitt i anerkjent tidsskrift, så den anses likevel som av god kvalitet. Artikkel nummer tre er kvalitativ og dermed ikke generaliserbar, men er aktuell da den tar for seg pasient og pårørendes synspunkt og ønsker til en ikke-medikamentell intervensjon av symptomer. I artikkel nummer fire var det mangel på dokumentasjon når det gjaldt overvåking av sykepleiernes ytelse i intervensjonen, og dette må tas i betraktning. Denne er likevel aktuell da den tar for seg en ikke-medikamentell intervensjon innenfor symptomlindring hos pasienter med lungekreft. I artikkel nummer fem var det en del frafall av pasienter grunnet dårlig helse, noe som gjør at det kan forekomme noen skjevheter i funnene, og at den blir lite generaliserbar. Den har likevel blitt brukt da den anses som av god kvalitet og relevant for problemstillingen da den trekker frem viktige faktorer rundt sammenhengen mellom dyspné og andre symptomer. Artikkel nummer seks ble tatt med i oppgaven da den tar for seg livskvalitet ved livets slutt hos pasienter med lungekreft. Det var en del frafall i studien grunnet dødsfall, og dette må tas i betraktning når man vurderer resultatene. Det kommer ikke frem at den er etisk godkjent, men den er fagfellevurdert og det kan forutsettes at etiske overveielser har blitt gjort. Alle deltakere i studiene har deltatt frivillig.

4.0 Resultat og funn

4.1 Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care

Forfattere: Henoch, I., Bergman, B., Gustavsson, M., Gaston-Johansson, F & Danielson, E. (2008)

Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive opplevelsen av dyspné hos palliative lungekreft pasienter, og undersøke hvilken relasjon dyspné har til andre symptomer og til personlige og helserelevante faktorer.

Metode og målgruppe: Dette er en kvantitativ studie basert på spørreundersøkelser. Studien tar for seg 105 pasienter diagnostisert med lungekreft der kurativ behandling var avsluttet.

Resultat: I studien kommer det frem at mestringskapasiteten, ytelse og andre symptomer hadde sammenheng med forskjellige aspekter i opplevelsen av dyspné. Det kommer også frem at pasientens vurdering av dyspné opplevelsen blir påvirket av personlige (mestringskapasitet) og helserelevante (Hoste, fatigue og angst) faktorer.

Konklusjon: Dyspné hos denne pasientgruppen er en kompleks opplevelse som inkluderer fysiske og psykiske aspekter. Funnene om viktigheten av mestringskapasiteten kan bli brukt i sykepleieintervensjoner for å hjelpe pasienten med å mestre den palliative fasen.

4.2 Breathlessness in cancer patients – Implications, management and challenges

Forfattere: Thomas, S., Bausewein, C., Higginson, I & Booth, S. (2011)

Hensikt: Hensikten med denne studien er å finne ut av hvordan kreftpasienter kan mestre dyspné og å hjelpe helsearbeidere i å forbedre praksis på dette området.

Metode og målgruppe: Dette er en systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i randomiserte kontrollerte studier, kvalitative studier og andre systematiske litteraturstudier. Målgruppen er kreftpasienter med langtkommen kreft som opplever dyspné.

Resultat/Funn: Dyspné intervensjoner kan spille en stor rolle i å støtte denne pasientgruppen. Ikke-medikamentelle behandlinger som kan vurderes hos denne pasientgruppen er vifte, dilaterende nesestrips, angstreduserende teknikker, treningsgrupper, støtte til pårørende og undervisning. Funnene viser at en dyspné intervensjons service med både medikamentell og

ikke-medikamentell tilnærming, og en tverrfaglig tilnærming, kan være lovende når det gjelder mestre dette symptomet hos kreftpasienter.

Konklusjon: Studiens konklusjon er at årsaken til dyspné hos kreftpasienter som regel er grunnet flere faktorer, og selv om den medisinske behandlingen har kommet langt blir dyspné behandlet med bare delvis suksess. Kombinasjonen av medikamentell og ikke- medikamentell behandling er essensiell i behandlingen av dyspné hos kreftpasienter.

4.3 Considerations in Developing and Delivering a Nonfarmacological Intervention for Symptom Management in Lung Cancer: The Views of Patients and Informal Caregivers

Forfattere: Ellis, J., Wagland, R., Tishelman, C., Williams, M-L., Bailey, C-D., Haines, J... & Molassiotis, A. (2012)

Hensikt: Hensikten med denne studien er å identifisere pasienter og nærmeste pårørendes synspunkt rundt hvilke komponenter som er ønskelig å ha med i en ikke-medikamentell intervensjon.

Metode og målgruppe: Dette er en kvalitativ studie som tar utgangspunkt i semistrukturerte intervjuer. 37 pasienter med lungekreft og 23 pårørende deltok i studien.

Funn: I studien kommer frem at det er flere nøkkelmomenter som spiller inn på pasientenes villighet til å delta i ikke-medikamentelle intervensjoner, som tar sikte på mestre hoste, dyspné og fatigue. Noen av disse momentene var: Hvordan pasientene oppfattet intervensjonens relevans, om det forekom fordeler i løpet av kort tid, om intervensjonen var praktisk i utførelsen, om pasientene hadde tiltro til det ikke-medikamentelle, tidspunktet for intervensjonen, hvor intervensjonen tok sted, pårørendes involvering og hvem som utførte intervensjonen.

Konklusjon: Dette er viktige funn som kan være til hjelp i utviklingen av ikke-medikamentelle intervensjoner som er personsentrert, og som kan dekke de individuelle ønskene og behovene til denne pasientgruppen.

4.4 Evaluating a complex intervention: A process evaluation of a psycho-education program for lung cancer patients receiving palliative radiotherapy

Forfattere: Chan, C., Richardson, A & Richardson, J. (2012)

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke integriteten i utførelsen av en psycho-education intervensjon(PEI) og å identifisere hvilke faktorer som bidrar til en suksessfull utførelse og effektivitet av PEI.

Metode og målgruppe: Dette er en mixed method studie som har brukt en blanding av kvantitativ og kvalitativ metode, og 70 pasienter med lungekreft i palliativ fase deltok i studien. Studien gikk over 12 uker. To støtte sykepleiere deltok også.

Resultat/Funn: Ulike faktorer bidrar til en suksessfull Psycho-education intervensjon. Disse faktorene er tilfredshet med sykepleier som utfører intervensjonen, tilgjengelighet av materiale som brosjyrer og lydbånd, at det er lett å utføre på egenhånd og støtte fra familie. Intervensjonen tok utgangspunkt i progressiv muskelavslapning(PMR) og både kvalitative og kvantitative data kom frem til viktigheten av at pasienter deltar aktivt og utfører øvelsene på egenhånd. Resultatet fra de kvantitative analysene viser at det var forskjellige utfall hos de forskjellige sykepleierne som utførte intervensjonen. Dette kan kanskje forklares ved at sykepleierne hadde forskjellige erfaringer innen kreftpleie. Resultatene fra studien viser også at pasienter som scoret høyt på målingene av egenomsorgsevne hadde større nytte av PEI. PEI viste seg å være en akseptabel og gjennomførbar intervensjon, som ikke forårsaket skadelige effekter hos pasientene.

Konklusjon: Sykepleiere bør vurdere å integrere PEI i symptombehandling i palliativ pleie.

4.5 A qualitative exploration of a respiratory distress symptom cluster in lung cancer: Cough, breathlessness and fatigue

Forfattere: Molassiotis, A., Lowe, M., Blackhall, F & Lorigan, P. (2011)

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke opplevelsen av symptomer hos pasienter med lungekreft og deres pårørende.

Metode og målgruppe: Dette er en kvalitativ studie med utgangspunkt i semistrukturerte intervjuer der 17 pasienter med lungekreft og 15 pårørende deltok.

Funn: Flere nøkkelfaktorer ble identifisert, inkludert tilstedeværelsen av respiratorisk symptom kluster, kompleksiteten av symptomsammenhengen over tid og måten pasientene gjorde mening ut av og mestret stressende symptomer. Respiratoriske symptomer spilte en sentral rolle i hvordan pasienten opplevde symptomene over tid, og det var ofte disse symptomene som hadde størst innvirkning på livskvaliteten.

Konklusjon: Funnene i studien gir bevis for tilstedeværelsen av respiratorisk symptom kluster. Symptombehandling kan bedres ved å undersøke enkelte symptomer, samtidig som man undersøker andre sammenhengende symptomer og hvordan disse virker inn på hverandre.

4.6 Determinants of Quality of life in Patients Near the end of life: A Longitudinal Perspective

Forfattere: Hermann, C-P & Looney, S-W. (2011)

Hensikt: Hensikten med denne studien er å beskrive livskvaliteten og identifisere hva som påvirker livskvaliteten hos pasienter i palliativ fase.

Metode og målgruppe: Longitudinell kvalitativ og kvantitativ studie som strekker seg over fire måneder. 80 pasienter med lungekreft med en gjennomsnittsalder på 61 år ble intervjuet og data ble samlet inn.

Funn/Resultat: I studien kommer det frem at symptomplager var det som i størst grad påvirket livskvaliteten hos denne pasientgruppen, etterfulgt av symptom hyppighet, alvorlighet og depresjon. Et stort funn var det høye frafallet av pasienter grunnet dødsfall, noe som viste viktigheten av at den palliative pleien blir rettet mot symptombehandling og livskvalitet ved diagnosetidspunktet.

Konklusjon: Forståelse av symptomopplevelsen vil kunne forbedre pleie til pasienter i palliativ fase, og ved å ta i bruk intervensjoner for de ulike symptomene vil det være mulig å øke livskvaliteten.

4.7 oppsummering av hovedfunn

Hovedartiklene kommer frem til flere faktorer som virker inn på pasientenes opplevelse av dyspné, disse var hovedsakelig personlige og helsesrelaterte. Funnene viste også at respiratoriske symptomer hadde størst innvirkning på livskvaliteten hos denne pasientgruppen, og at en kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner kan spille en viktig rolle i håndteringen av dyspné.

5.0 Drøfting

Pasienter med lungekreft havner ofte i den palliative fasen tidlig i forløpet grunnet sen diagnostisering og spredning. Dette fører til tidlige symptomer som dyspné, som må behandles. En ikke-medikamentell tilnærming kan være et viktig supplement i behandlingen og bør fokuseres mer på. I den palliative fasen og ved symptomer som dyspné kan følelsen av livskvalitet fort synke. Det er da viktig at sykepleier skaper en god relasjon gjennom omsorg og kommunikasjon.

I teoridelen er det gjennomgått ulike definisjoner som jeg mener er viktige for å kunne svare på problemstillingen i denne oppgaven. Dette vil nå bli drøftet opp mot hovedartiklene.

Problemstillingen er:

Hvordan ivareta livskvalitet hos pasienter med lungekreft og dyspné?

5.1 Pasientens opplevelse av dyspné

Pasienter med lungekreft opplever store mengder symptomer som er av både fysisk og psykisk karakter. De fysiske symptomene inkluderer blant annet dyspné, smerte, hoste og fatigue, mens de psykiske symptomene inkluderer depresjon, angst, frustrasjon og nedsatt konsentrasjon. De respiratoriske symptomene som hoste og dyspné, i tillegg til fatigue, var de symptomene som viste seg å ha størst konsekvenser for pasientens livskvalitet, og varigheten av symptomet spilte en stor rolle i hvordan pasienten opplevde symptomet (Molassiotis et al, 2011).

Den mest brukte definisjonen av dyspné er den som er beskrevet av American Thoracic Society (1999, s. 322.) og studien til Hensch et al. (2008) og Thomas et al. (2011) tar også utgangspunkt i denne definisjonen. Definisjonen beskriver dyspné som en flerdimensjonal opplevelse som omfatter samspill mellom fysiske, psykiske, sosiale og miljøfaktorer.

Hensch et al. (2008) skriver at hvordan en person identifiserer og evaluerer symptomet, og hvordan konsekvensene av dette symptomet blir tolket, er et resultat av opplevelsen av dyspné. Thomas et al. (2011) mener at dyspné kan være en opplevelse som er forbundet med pasientens frykt for fortiden, nåtiden og fremtiden, og at angst, panikk eller frykt kan føre til hindring i behandlingen av dyspné. Dette understøttes av Benner og Wrubel (2001, s. 231) sin

teori som sier at et symptom aldri kan oppleves isolert, men må forstås ut i fra fortiden og nåtiden. De mener at symptomer alltid oppleves som meningsfulle, og at meningen formes av tidligere historie. Videre skriver de at psyken er mottaker og fortolker av inntrykk i kroppen, og at et symptom, som for eksempel dyspné, er psykens subjektive fortolkning av kroppens reelle sykdomsbilde (Benner og Wrubel, 2001, s. 222).

Det er altså flere individuelle og subjektive faktorer som spiller inn på opplevelsen av dyspné. I studien til Hensch et al. (2008) kom det frem at pasientens mestringskapasitet hadde en direkte innvirkning på opplevelsen av dyspné, og det viste seg altså at dårlig mestringskapasitet var relatert til verre opplevelse av symptomer. Molassiosis et al. (2011) kom i sin studie frem til at i senere stadier av sykdommen og den palliative fasen opplevde pasientene økt mestringsfølelse. Årsaken til denne økte mestringsfølelsen var at pasientene på dette tidspunktet hadde vendt seg til symptomene og hadde dermed også utviklet ulike strategier for å mestre både dyspnéen og angsten. Videre skriver Hensch et al. (2008) at personer som oppfatter opplevelser i livet som strukturert og klar, opplever mindre dyspné. Pasientens følelse av mening og evne til mestring påvirker altså dimensjonene ved dyspné. Dette kan indikere at personer som opplever at problemer og krav i livet er verdt engasjement, opplever mindre dyspné (Hensch et al., 2008). Dette belyses også av Benner og Wrubel (2001, s. 31) som skriver at å ha en forståelse for sykdommens mening og betydningen den har for personen, selv om helbredelse ikke er mulig, er viktig da forståelsen kan overvinne tap av selvforståelse, og gi en form for helbredelse. Dette viser viktigheten av at sykepleieren tar seg tid til å bli kjent med pasienten, og at sykepleieren kan sette seg inn i situasjonen og sykdommen til pasienten. Det er altså viktig at sykepleieren sitter inne med den følelsesmessige evnen til empati slik at man bedre kan oppfatte hva pasienten opplever, og på den måten også forstå hvordan man kan være til hjelp for pasienten (Sneltvedt, 2007, s. 137).

I studien til Hensch et al. (2008) som er kvantitativ, ble det brukt ulike målingsverktøy for å få frem de ulike sidene ved dyspné. Disse verktøyene målte blant annet intensiteten og hyppigheten av dyspné, og inkluderte også andre fysiske og psykiske dimensjoner. Resultatene viste at ved måling av dyspnéens intensitet og hyppighet, altså de fysiske dimensjonene, var det rett over 50 % av pasientene som oppga at de opplevde en form for dyspné. Med når derimot de andre dimensjonene ved dyspné også ble tatt med i målingen viste resultatene at hele 80 % av pasientene opplevde dyspné. Denne forskjellen i prosentandel kan vise til at når alle dimensjonene, som både fysiske og psykiske, blir tatt i betraktning, opplever pasienten økt følelse av dyspné. Disse funnene understøtter at

opplevelsen av dyspné er flerdimensjonal og er påvirket av både personlige faktorer, som mestringskapasitet, og helserelaterte faktorer, som hoste, fatigue og angst(Henoch et al., 2008). Molassiotis et al.(2011) mener derimot at disse kvantitative målingene av hyppigheten og intensiteten av symptomer er dårlige indikatorer for pasientens plager, da deres egen studie viste funn som foreslår at dette forholdet mest sannsynlig forandrer seg over tid. De mener altså at relasjonen mellom pasientens plager, symptomets alvorlighetsgrad og opplevelse av livskvalitet ikke er konstant over tid. Flerdimensjonaliteten rundt dyspné fører til en utfordring når det gjelder vurderingen og håndteringen av dette symptomet, og Thomas et al.(2011) skriver at en viktig barriere i vurderingen er mangelen på enighet rundt riktig vurderingsverktøy. Mesteparten av verktøyene som blir brukt fokuserer på de fysiske dimensjonene, mens eksistensielle problemer og pasientens lidelser ikke blir tatt i betraktning(Thomas et al., 2011). Videre kommer det frem i studien at man må bør en holistisk tilnærming til dyspné, og at en nøyaktig vurdering av symptomet og dens innvirkning på pasientens liv må til for å kunne innlemme ulike medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsstrategier(Thomas et al., 2011). I forskningen kommer det også frem at dyspné ofte er i tett sammenheng med andre symptomer, både fysiske og psykiske. Dette er viktige faktorer å ta i betraktning når det gjelder håndtering og vurdering av dyspné, og ivaretagelsen av pasientens livskvalitet(Ellis et al., 2012; Henoch et al., 2008; Molassiotis et al., 2011; Thomas et al., 2011). For å kunne gi god pleie til pasienter med lungekreft vil det altså være viktig for sykepleieren å forstå pasientens egne opplevelser og ønsker i forhold til dyspné og andre plager.

5.2 Sammenhengen mellom dyspné og andre symptomer

Hos denne pasientgruppen kan det være vanskelig å beskrive pasientens opplevelse av ett enkelt symptom alene. Dette fordi pasienten ofte opplever en rekke symptomer samtidig. Det er derfor vesentlig at pasientens opplevelse av dyspné blir sett på i lys av flere symptomer som ofte oppstår sammen og som kan samhandle med hverandre(Molassiotis et al., 2011).

I to av hovedartiklene kommer det frem at blant annet hoste er et symptom som har tett sammenheng med dyspné(Henoch et al., 2008; Molassiotis et al., 2011). Hosting viste seg å være nært relatert til pasientens opplevelse av dyspné, og noen pasienter mente at hostingen forverret dyspnéen, mens andre igjen mente at dyspnéen var grunnen til forverret hoste. Hosting spiller altså en sentral rolle i pasientens respiratoriske symptomer, og dette indikerer at ubehandlet hoste har mye å si for pasientens opplevelse av dyspné og fatigue(Molassiosis et al., 2011). Disse funnene blir støttet av studien til Henoch et al.(2008) der resultatene viste at

hosting, angst og fatigue var de symptomene som hadde størst sammenheng med dyspné. Dyspné, hoste og fatigue viste seg også å ha en klar sammenheng med de psykiske symptomene som pasientene opplevde, og mest merkbart var angst og depresjon(Molassiotis et al., 2011). I følge(Trier, 2013, s. 916) kan dyspné i den palliative fasen føre til ekstra uro og angst for pasienten, spesielt hvis de også ligger på sykehus, der dødsangst kan føre til dyspné og omvendt. Thomas et al.(2011) skriver at angst, panikk eller frykt kan føre til forverring av tungpusten og at dette igjen kan bli et hinder i håndteringen av dyspné. Dette understøttes av helsedirektoratet(2013, s. 65) som også skriver at angst kan forsterke den subjektive følelsen av dyspné, og at angst ofte er en viktig tilleggskomponent ved dette symptomet. Det er derfor viktig at kompetent helsepersonell er tilstede slik at pasienten kan oppleve trygghet og at følelsen av kontroll kan gjenvinnes(Helsedirektoratet2013, s. 65).

5.3 Livskvalitet

Mange symptomer kan bli håndtert på en effektiv måte, og det vil derfor være mulig å oppnå økt livskvalitet hos disse pasientene hvis man får en økt forståelse for opplevelsen av plagsomme symptomer gjennom riktig intervensjoner(Hermann & Looney, 2011).

Å leve med lungekreft inkluderer opplevelsen av en ofte inkurabel sykdom, sammen med ulike symptomer som kan ha innvirkning på livskvaliteten(Henoch et al., 2008). Det er kanskje spesielt viktig å evaluere pasientens livskvalitet der behandlingen er palliativ, da denne informasjonen igjen kan gi nyttig informasjon om effekten av den palliative behandlingen(Utne, 2011, s. 250). Dette er Hermann og Looney (2011) enig i, og skriver i sin studie at livskvaliteten hos pasienter med langtkommen lungekreft burde være i fokus, da all behandling hos disse pasienter primært har palliativ hensikt.

Livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep, og Ferrans (Rustøen, 2011, s. 33) har delt begrepet inn i fire områder, helse og fysisk funksjons område, psykisk/åndelig område, sosioøkonomisk område og familieområde. Utne(2011, s.250) mener at hos kreftpasienter er det spesielt den helserelevante livskvaliteten som er viktig, mens Molassiotis et al.(2011) skriver at pasienter kan ha forskjellig oppfattelse på hva som er viktige dimensjoner innenfor deres egen oppfattelse av livskvalitet. Livskvalitet er altså i stor grad en subjektiv opplevelse for pasienten som omfatter flere områder i livet(Rustøen, 2011, s. 34). Fellestrekk ved de ulike definisjonene av livskvalitet er at de alle ser på livskvalitet som et subjektivt og flerdimensjonalt begrep som inneholder ulike aspekter(Rustøen, 2011, s.34).

Selv om livskvalitet i stor grad blir påvirket av subjektive faktorer, vil objektive faktorer som sykdom og symptomer også ha en innvirkning på livskvaliteten (Rustøen, 2011, s. 35). I studien til Hermann og Looney (2011) kommer det frem at fysiske og psykiske symptomplager var de faktorene som påvirket livskvaliteten i størst grad. Hyppigheten og alvorligheten av disse symptomplagene hadde altså høyere sammenheng med livskvaliteten enn noen av de andre dimensjonene. Det viste seg også at livskvaliteten til pasientene som deltok i denne studien ikke ble redusert over tid, noe som man kanskje ville ha forventet (Hermann & Looney, 2011). Dette kan ha noe å gjøre med at pasienter ofte forandrer sitt syn på livskvaliteten etter hvert som de tilpasser seg sykdommen, og at pasienter med livstruende sykdom og lidelse ofte ser annerledes på seg selv og livet sitt. Sykdom og lidelse kan dermed føre til en reevaluering av hva som er viktig i livet, og livskvaliteten kan da også øke på et område eller dimensjon, selv om pasienten samtidig opplever fysiske plager og symptomer (Herman & Looney, 2011; Rustøen, 2011, s. 35). Dette kan sammenlignes med funnene i studien til Molassiosis et al. (2011) som viser at relasjonen mellom pasientens plager, symptomets alvorlighetsgrad og opplevelse av livskvalitet ikke er konstant over tid. Dette blir understøttet av Rustøen (2011, s. 35) som skriver at livskvalitet ikke er et statisk begrep, men at det kan endres over tid, avhengig av pasientens evner til å takle sykdom. Pasienter med lidelser lever med problemene sine hver dag, og kan dermed ha lært seg å leve med situasjonen, og å akseptere sine plager. Sykepleieren derimot, ser på situasjonen utenfra og kan ofte tenke at pasienter med en sykdom eller lidelse ikke kan ha høy livskvalitet. Det er derfor viktig å vite at det er pasienten selv som har best kjennskap til sin egen situasjon og hvordan den oppleves (Utne, 2011, s. 250). Den sterke sammenhengen som fremkommer mellom symptomplager og nedsatt livskvalitet er et viktig funn, og den viktigste komponenten når det gjelder å oppnå bedre pleie til palliative pasienter er å redusere lidelse gjennom symptomkontroll (Hermann & Looney, 2011).

I studien til Hermann og Looney (2011) var det et høyt frafall av deltakere grunnet dødsfall. Dette selv om 90 % av pasientene som deltok hadde fått diagnosen langtkommen lungekreft innen en måned. Dette førte til noe mangelfull data i studien, men det førte også til et viktig funn som satte lys på viktigheten av at palliativ symptomhåndtering og fokus på livskvalitet blir startet opp allerede ved diagnosetidspunktet.

5.4 Ikke-medikamentell tilnærming til dyspné

Det er enighet i forskningen at en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell tilnærming er nødvendig når det gjelder å håndtere dyspné på en god måte. I studien til

Henoch et al.(2008), som tar utgangspunkt i hvordan pasientene opplever dyspné, kan funnene støtte bruken av ulike ikke-medikamentelle tilnærminger, som psykososial støtte, pustekontroll og mestringsstrategier, og mener at dette kan hjelpe pasienter med å takle dyspnéen. Thomas et al.(2011) mener også at de ikke-medikamentelle tiltakene kan forbedre pasientens følelse av velvære, hjelpe dem til å få kontroll over dyspnéen, og dermed også øke følelsen av egenomsorg. De nevner også blant annet bruken av angstreduserende teknikker, undervisning og støtte som viktige komponenter i en tilnærming til dyspné. Den kvalitative studien til Ellis et al.(2012) fant flere viktige faktorer når det gjaldt utviklingen og utførelsen av ikke-medikamentelle intervensjoner til pasienter med lungekreft. Det kom frem at pasientene i studien hadde ulike ønsker til hva en slik intervensjon skulle inneholde. Noen elementer som var av viktighet for en vellykket intervensjon, var blant annet at pasienten måtte føle at intervensjonen var relevant i forhold til deres individuelle problemer, og at fordelene ved en slik intervensjon kom i løpet av kort tid(Ellis et al., 2012).

I studien til Chan et al.(2012), som tar for seg progressiv muskelavslapning(PMR), kommer det frem flere faktorer som påvirket effekten av intervensjonen. Evnen til egenomsorg og egenpraktisering av PMR hadde klar sammenheng med om pasienten opplevde forbedring av symptomer eller ikke. Dårlig evne til egenomsorg hadde altså en negativ sammenheng med dyspné og angst(Chan et al., 2012). Dette kan sammenlignes med funnene i studien til Henoch et al.(2008) der det kommer frem at pasientens følelse av mening i livet har en klar sammenheng med dyspné. Denne sammenligningen av funnene kan vise til at det kan være en sammenheng mellom pasientens følelse av mening i livet og evne til egenomsorg, noe som kan være en viktig faktor når det gjelder tilretteleggingen av tiltak og intervensjoner. Det kommer også frem at sykepleierfaring er en viktig faktor når det gjelder utførelsen av sykepleieintervensjoner(Chan et al., 2012). Helsedirektoratet(2013, s. 16) og Trier(2013, s. 896-898) skriver at det i den palliative omsorgen stilles krav til ypperlig klinisk kompetanse og gode ferdigheter innen kommunikasjon. Dette kom frem i studien til Chan et al.(2012), der fokusgruppen med en mer erfaren sykepleier opplevde langt mindre dyspné og angst enn den andre fokusgruppen. Fokusgruppen fremhevet også viktigheten av at sykepleieren hadde gode kommunikasjonsevner og at de brukte et klart språk som pasientene forstod. Andre kvaliteter som ble verdsatt av pasientene var at sykepleieren var positiv, vennlig og støttende(Chan et al., 2012). Dette støttes av Benner og Wrubel(2001, s. 286) som skriver at det kreves omhyggelig omsorg for å kunne veilede pasienten uten å krenke hans/hennes selvforståelse og fornemmelse av mulighet.

Flere pasienter nevnte viktigheten av å kunne gjøre noe for seg selv, noe som kunne forsterke følelsen av ansvar og selvtilit, og de fleste uttrykte at pusting- og avslapningsteknikker var behagelig og enkle å gjennomføre på egenhånd(Chan et al., 2012). Det at pasienten kan utføre disse øvelsene på egenhånd er altså viktig da det kan påvirke pasientens følelse av mening. Eide og Eide(2013, s. 66) skriver at sykepleieren skal legge til rette for at pasienten kan være en aktiv deltaker med en reel påvirkning i egen behandlingsprosess, og det stilles dermed store krav når det gjelder sykepleiers empati og kommunikasjons evner. Pasientene i studien fremhevet også viktigheten av informasjonsbrosjyren og lydbåndet, da dette ga dem en dypere forståelse for øvelsene, og dette igjen fremmet deres selvsikkerhet til å øve på egenhånd. Funn viste at pasientene som brukte disse supplementære materialene hadde en signifikant bedring av dyspné(Chan et al., 2012). Da studien til Chan et al.(2012) ble gjennomført i Hong Kong kan det diskuteres om alle resultatene er relevant i Norge da kulturforskjellene er store. Det vil likevel være mulig å bruke disse funnene og implementere de inn i den norske kulturen og intervensjoner. Disse funnene viser likevel viktigheten av å legge til rette for at pasientene kan ta aktiv del i håndteringen av symptomer, da dette kan øke evnen til egenpraktisering og egenomsorg. Dette støttes av funnene til Thomas et al.(2011) som også nevner bruken av muskelavslapningsteknikker og andre tilnærminger, som kognitiv terapi, visualisering, musikk og mindfulness/meditasjon. Studien viser også at ikke-medikamentelle tiltak kan føre til økt tiltro til seg selv og sine evner, og dermed forbedre pasientens følelse av velvære når han/hun ved egen kraft gjenvinner kontrollen over dyspnéen(Thomas et al., 2011). Dette kommer også frem hos Benner og Wrubel(2001, s. 312) som skriver at samtaler, støttegrupper og avslapningsteknikker er alle ulike mestringsstrategier der pasienten finner sine ressurser som kan virke avslappende og fremme håp. I studien til Ellis et al.(2012) var det derimot mindre villighet blant pasientene til å utføre ulike teknikker som de ikke trodde på, eller trodde hadde relevans. Dette viser at det er viktig for pasientene å ha forståelse for relevansen av intervensjonen, og at de personlig kan relatere seg til de ulike komponentene ved intervensjonen, noe som kan oppnås ved undervisning(Ellis et al., 2012).

Undervisning og veiledning spiller en viktig rolle i behandlingen av dyspné, og for at en ikke-medikamentell tilnærming skal være vellykket(Ellis et al., 2012; Thomas et al., 2011).

Pasienter med lungekreft har ofte behov for tidlig palliativ behandling, da det kan gå svært kort tid fra diagnosetidspunktet til død. Ved å starte opp undervisning og veiledning tidligere i forløpet, vil det kunne føre til at pasientene kan lære seg å mestre symptomene i tidlig fase, og på den måten vil kanskje ikke symptomene påvirke deres livskvalitet i så stor grad. Det kan

også være lettere å undervise pasienter i pusteteknikker og kognitive adferds terapier når de er relativt friske(Thomas et al., 2011). Benner og Wrubel(2001, s. 86) skriver at sykepleiere er i en unik posisjon der de kan hjelpe pasienten med å forme sykdomsopplevelsen ved å benytte ulike strategier som avslapping og visualisering. Dette kommer også frem i studien til Thomas et al.(2011) der de skriver om viktigheten av at sykepleieren hjelper pasienten med å fokusere på å forandre opplevelsen og persepsjonen av dyspné.

6.0 Konklusjon

Den foreliggende litteraturstudien konkluderer med at dyspné er et kompleks symptom som er vanskelig å håndtere grunnet sin subjektive og individuelle art. Dette fører til en utfordring når det gjelder å finne nøyaktige tiltak som passer for alle. En ikke-medikamentell intervensjon må derfor kunne by på flere komponenter, og det vil være nødvendig å finpusse intervensjonene slik at de kan møte de individuelle behovene og gjøre intervensjonen mer relevant for hver enkelt pasient. Livskvaliteten hos pasienter med lungekreft er i stor grad påvirket av respiratoriske symptomer og angst, og det vil derfor være mulig å ivareta, kanskje til og med øke, livskvaliteten gjennom tidlig symptomlindring. Grundig vurdering av dyspné og andre sammenhengende symptomer, både fysiske og psykiske, er viktig for å kunne tilby gode ikke-medikamentelle behandlingstiltak. Funnene i oppgaven viser at opplevelsen av symptomer er påvirket av pasientens evne til mestring og egenomsorg. Ikke-medikamentelle tiltak som avslapnings- og mestringsøvelser gir pasienten mulighet til å delta aktivt i behandlingen og vil kunne hjelpe pasienten til økt følelse av mestring, velvære og evne til egenomsorg. Dette vil kunne redusere angst og dyspné, og dermed føre til økt livskvalitet. Undervisning og veiledning vil være viktig for at pasienten skal kunne få best utbytte av ulike intervensjoner og tiltak, og bør startes tidlig i sykdomsforløpet når pasienten er relativt frisk. Tilgjengelig undervisningsmateriale, som informasjonsbrosjyrer, er et enkelt tiltak som kan hjelpe pasienten til egenpraktisering av øvelser og tiltak. Omsorg, empati og gode kommunikasjonsferdigheter skaper en god relasjon med pasienten og er viktige ferdigheter sykepleier må inneha for å kunne utføre vellykkete ikke-medikamentelle tiltak. Videre er forskningen enig i at en kombinasjon av både medikamentell og ikke-medikamentell behandling/tilnærming bør tas i bruk for best mulig å kunne håndtere dyspné.

Så altså, for å kunne ivareta livskvaliteten hos pasienter med lungekreft og dyspné er god symptomhåndtering tidlig i sykdomsforløpet nøkkelen. Funnene i denne oppgaven vil helt klart være mulig å implementere i sykepleiepraksis.

Litteraturliste

- Almås, H., Bakkeland, J, Thorsen, B-H & Sorknæs, A-D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer I: Almås, H, Stubberud, D-G & Grønseth, R(red.) *Klinisk sykepleie 1* (4.utg, s. 107-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: A consensus statement. *American Journal of Respiratory and critical care* 159 (1): 321-340. Hentet fra <http://www.thoracic.org/statements/resources/archive/dyspnea1-20.pdf>
- Benner, P & Wrubel, J.(2001) *Omsorgens betydning i sykepleje- Stress og mestring ved sundhed og sygdom* København: Munksgaard Danmark
- Bertelsen, B, Hornslien, K & Thoresen, L. (2012) Svulster I: Ørn, S, Mjell, J & Bach-Gansmo, E(red.) *Sykdom og behandling* (1. Utg, s. 123-143) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Chan, C., Richardson, A & Richardson, J. (2012) Evaluating a complex intervention: A process evaluation of a psycho-education program for lung cancer patients receiving palliative radiotherapy. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 40 (2): 234-44. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011581099&site=ehost-live>
- Dalland, O.(2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4 utg). Gyldendal norsk Forlag AS.
- Eide, H & Eide, T(2013) Kommunikasjon i relasjoner-det lille som gjør en forskjell I: Johnsen, K & Engvold, H-O(red.) *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s.65-76) Oslo: Universitetsforlaget
- Ellis, J., Wagland, R., Tishelman, C., Williams, M-L., Bailey, C-D., Haines, J... Molassiotis, A.(2012) Considerations in Developing and Delivering a Nonfarmacological Intervention for Symptom Management in Lung Cancer: The Views of Patients and Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (6): 831-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.12.274>

- European Association of palliative care (2015) Hentet 26. Januar fra <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>
- Forsberg, C & Wengström, Y.(2012) *Att göra systematiska litteraturstudier-Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur
- Fürst, C-J & Starlander, J.(2008) Pustebesvær I: Kaasa, S(red.) *Palliasjon-Nordisk lærebok* (2.utg, s. 509-516). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Giæver, P(2011) *Lungesykdommer* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Helsedirektoratet(2015) hentet 8. januar 2015 fra <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/kreft/pakkeforlop/lungekreft/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet(2013) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2101) Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 13. januar fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet.(2013) *Sammen- mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*. Hentet 13.jan, 2015 fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf
- Henoch, I, Bergman, B, Marianne, G, Gaston-Johansson, F & Danielson, E. (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing* 12(2): 86-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2007.09.006>
- Hermann, C-P & Looney, S-W.(2011) Determinants of quality of life in patients near the end of live: A Longitudinal perspective. *Oncology Nursing Forum* 38(1): 23-31 DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/11.ONF.23-31> Full tekst hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=c7936a0e-dd80-44f7-8c5f-356704dc14cd%40sessionmgr113&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010892223>

- Kaasa, S(2011) Palliativ medisin-En Introduksjon I: Kaasa, S(red.) *Palliasjon-Nordisk lærebok* (2.utg, s. 31-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kaasa, S & Loge, J-H(2011) Diagnostikk innen palliasjon-En generell innføring I: Kaasa, S(red.) *Palliasjon-Nordisk lærebok* (2.utg, s. 75-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kreftregisteret(2012). Hentet 8. januar 2015 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>
- Kunnskapsenteret(2015). Hentet 10. februar 2015 fra <http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Legemiddeloven(1992) *Lov om legemidler 4.desember 1992 nr.132*. Hentet 19. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132>
- Mjell, J. (2012) Sykdommer i respirasjonsorganene I: Ørn, S, Mjell, J & Bach-Gansmo, E(red.) *Sykdom og behandling* (1. Utg, s. 209-241) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Molassiotis, A., Lowe, M., Blackhall, F. & Lorigan, P.(2011) A qualitative exploration of a respiratory distress symptomcluster in lung cancer: Cough, breathlessness and fatigue. *Lung Cancer*. 71(1): 94-102 DOI: [doi:10.1016/j.lungcan.2010.04.002](https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2010.04.002)
- Nygaard, C-K.(2012) *Behandling av pasienter med dyspné* Sykepleien.no hentet 20.januar 2015 fra <http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/873968/Behandling%20av%20pasienter%20med%20dyspn%20E9.pdf>
- Oksholm, T.(2013) Sykepleie til pasienter med lungesykdommer I: Knutstad, U(red.) *Utøvelse av klinisk sykepleie-sykepleieboken 3* (2.utg, s. 227-276). Oslo: Cappelen Damm AS
- Olsson, H & Sörensen, S.(2009) *Forskningsprosessen-Kvalitative og kvantitative perspektiver* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Pasient-og brukerrettighetsloven.(1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter 2.juli 1999 nr. 63*. Hentet 13. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Risberg, T., Nilsen, O-G & Wist, E.(2008) Alternativ og komplementær behandling I: Kaasa, S(red.) *Palliasjon-Nordisk lærebok* (2.utg, s. 179-193). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rustøen, T. (2011) Livskvalitet og velvære I: Knutstad, U(red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie-Sykepleieboken 2* (3.utg, s. 29-55). Oslo: Akribe AS
- Sneltvedt, T. (2007) Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: Brinchmann, B-S(red.) *Etikk i sykepleien* (1.utg, s. 135-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Støren, I.(2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*.(2.utg). Oslo: Cappelen damm AS.
- Stubberud, D-G.(2011) Respirasjon I: Holter, I-M & Mekki, T-E(red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie-Sykepleieboken 1* (4.utg, s. 351-387). Oslo: Akribe AS
- Thomas, S, Bausewein, C, Higginson, I & Booth, S. (2011) Breathlessness in cancer patients – implications, management and challenges. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 459-469.Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.11.013> Link: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011352493&site=ehost-live>
- Trier, E-L.(2013) Lindrende sykepleie I: Knutstad, U(red.) *Utøvelse av klinisk sykepleie-Sykepleieboken 3* (2.utg, s. 892-941). Oslo: Cappelen Damm AS
- Utne, I.(2011) Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft I: Knutstad, U(red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie-Sykepleieboken 2* (3.utg, s. 244-263). Oslo: Akribe AS
- World Health Organization Hentet 14.jan, 2015 fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization(1996) *Program on mental health* Hentet 14. Januar fra: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

