



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgåve

Kandidatnr: 20

Antal ord: 8999

Leveringsfrist: 17.02.2011

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Vegleiar: Åshild Havnerås



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## Lungekreft



Bilde 1.

Bacheloroppgave utført ved  
Høgskulen Stord/Haugesund – avd. Stord - Sjukepleie utdanning

Kandidatnr: 20  
Kull 2008

---

*Stord, våren*

*2011*

## Samandrag på norsk og engelsk

Denne oppgåva handlar om pasientar med lungecancer i palliativ fase. Grunnen til at eg valte å skriva om dette, er at eg møtte ein pasient med lungecancer i palliativ fase då eg var i sjukeheimspraksis, og det gjorde stort inntrykk på meg. Denne pasientgruppa legg livet sitt i helsepersonell sine hender og har ikkje lenger kontroll over eige liv. Samstundes har pasientar med lungekreft mange og samansette helseplager, som til dømes dyspnè som igjen kan føre til angst. Eg erfarte at sjukepleiarane ofte var usikre på korleis dei skulle behandle og tilnærme seg pasienten. Tryggleik vil vera eit sentralt mål ved sjukepleie til pasientar med lungekreft i palliativ fase. Denne oppgåva er ein litteraturstudie der eg ved hjelp av forskingsartiklar har prøvd å finne ny kunnskap om problemstillinga mi. For å kome fram til korleis sjukepleie kan bidra til tryggleik, har omgrepa kommunikasjon, menneske-til-menneske forhold og pårørande vore sentrale. For at sjukepleia skal kunne bidra til tryggleik er det viktig å opprette ein god relasjon og at begge partar føler dei har noko å bidra med. Sjukepleiarar må lytte og samarbeide med pasientane og pårørande, det er dei som veit korleis dei har det, og korleis dei vil ha det. Å gje informasjon og svare på spørsmål kring sjukdommen er noko som vert høgt verdsett av pasientar.

This thesis is about patients with lung cancer in palliative phase. I chose to write about this because during nursing practice I met a patient with lung cancer in palliative phase, and it made a big impression on me. This group of patients put their life into the hands of healthcare, and they no longer have control over their life. At the same time, patients with lung cancer have many complex health problems, like dyspnea which can lead to anxiety. My experience was that nurses often were insecure when it came to treatment and how to approach the patient. When nursing patients with lung cancer in palliative phase, it is important that they feel safe. This thesis is a literature study where I have been using research articles to help me find new knowledge about my problem at hand. To work out how nursing can contribute to safety, the meaning of communication, human to human relationships and family have been central. It is important to establish a good relationship with the patient, and for both parts to feel like they can contribute. Nurses must listen to and work with patients and relatives, because they are the ones who know how they feel and how they want things to be. To provide information and answer questions about the disease is something that is highly valued by patients.

## Innhald

1.0 Innleiing .....	1
1.1 Introduksjon.....	1
1.2 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.3 Val av problemstilling .....	2
1.4 Avgrensing og presisering .....	2
1.5 Målet med oppgåva.....	3
1.6 Oppgåvas oppbygging .....	3
2.0 Teoridel.....	4
2.1 Yrkesetiske retningslinjer .....	4
2.2 Sjukepleiefagleg perspektiv.....	4
2.3 Lungekreft .....	5
2.4 Dyspnè- redsel og angst .....	6
2.5 Dyspnè- ei sjukepleieutfordring .....	6
2.6 Tryggleik .....	7
2.6.1 Formar for tryggleik.....	7
2.7 Pårørande .....	8
3.0 Metode .....	9
3.1 Kva er ein metode?.....	9
3.2 Val av metode.....	9
3.3 Forskingsetiske vurderingar .....	9
3.4 Litteratursøk .....	10
3.5 Kjeldekritikk .....	12
3.6 Vurdering av retningsline/artiklar .....	13
4.0 Resultat.....	16
4.1 Presentasjon og samandrag av resultat .....	16
5.0 Drøfting.....	22
5.1Kommunikasjon og relasjon .....	22
5.2 Tryggleik .....	24
5.3 Handlingskompetanse .....	26
6.0 Konklusjon .....	29
7.0 Referanseliste .....	30
8.0 Vedlegg 1 .....	32

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Introduksjon

Lungekreft er nest hyppigaste kreftform hjå menn og tredje hyppigaste kreftform hjå kvinner i Noreg og den vestlege verda. I 2008 var det i følgje kreftregisteret 1422 menn og 1107 kvinner som fekk diagnosen lungekreft, og tala er aukande. Femårsoverlevinga er ca. 13% , og i Noreg dør ca 5 personar av lungekreft kvar dag. Hovudårsaka til lungekreft er tobakksrøyking for ca 85-90% av tilfella (Reitan og Schjøllberg,2010). Luftforureining og eksponering for asbest og metall i ulike yrke disponerar og til kreft (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim & Toverud,2001).

### 1.2 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt tema til denne oppgåva utifrå min første praksisperiode som var på sjukeheim. Eg kom då oppi ein situasjon som eg tykkjer var vanskeleg og som gjorde stort inntrykk på meg. Det var tydeleg at dei andre ved avdelinga syntes dette var vanskeleg, og dei var usikre på korleis dei skulle gje god sjukepleie til denne pasienten. Pasienten var ein mann i midten av 40åra med lungekreft, som skulle tilbringe si siste tid ved sjukeheimen. Pasienten var svært dårleg og uttrykte angst då han ikkje fekk puste skikkeleg. Pasienten frykta å dø, og hadde mange ubehaglege tankar kring mykje av det som sjukdommen hadde ført med seg. Det kom og fram at han følte seg utrygg, då dette var ein ny plass for han med berre ukjente menneske. Han hadde ein stor familie som betydde mykje for han.

Eg har i mine praksisperiodar møtt forskjellige pasientar med ulike diagnosar, men det er kreftpasientane som har sett djupast spor hjå meg. Eg har valt å skriva om lungekreft på grunn av at ein som sjukepleiar møter mange kreftpasientar, samt eiga interesse for emnet. Eg har lyst å finne ut korleis eg som framtidig sjukepleiar kan gje god fagleg forsvarleg sjukepleie og fremje tryggleik hjå pasientar som har lungekreft. Kva som betyr mest for pasientane den siste tida av livet, vil sjølvsagt vere individuelt.

### 1.3 Val av problemstilling

#### **Korleis kan sjukepleie bidra til tryggleik hjå pasient med lungecancer i palliativ fase?**

### 1.4 Avgrensing og presisering

Eg har valt å avgrense pasientane til vaksne på institusjon i den palliative fasen, då det er dette eg har erfaring med.

Den palliative fasen byrjer når det vert erkjent at sjukdommen er uhelbredeleg, og avsluttes når pasienten dør. Lindring av pasienten sine fysiske smerter og andre plagsame symptom står sentralt, saman med tiltak retta mot psykiske, sosiale og andelege/eksistensielle problem (Helsedirektoratet,2010).

God kommunikasjon og samhandling med lungekreftpasientar og deira pårørande er grunnleggande for utøving av god sjukepleie. Kommunikasjon er eit godt verktøy å bruke til informasjonsoverføring, samstundes er det eit nødvendig middel for å verte kjent med pasienten, forstå han, møte behova hans og hjelpe til med å meistre sjukdom, lidning og einsemd (Reitan og Schjølberg,2010).

For at pasienten skal føle seg trygg er det viktig med sjukepleie utifrå pasienten sine behov og ønskjer. Sjukepleiaren må vere nøye med å halde det som vert lova, dersom pasienten ikkje stolar på sjukepleiaren skapast utryggleik. Pasienten sin tryggleik omfattar og familie og andre nærstående personar, helsepersonell må vere lydhør for pasienten si uro angående dei og eventuelt kople inn støttepersonar for å redusere pasienten sin utryggleik (Knutstad,2010). På grunnlag av dette vel eg ha pårørande med i oppgåva mi, då sjukdom råkar heile familien, og i mange høve er familien ein ressurs for pasienten.

Vidare har eg i mi oppgåve valt å konsentrere meg om eit av dei vanlegaste symptoma ved lungekreft, nemleg dyspnè. Angst er eit omgrep som er svært tett knytt til dyspnè og det å ikkje få puste skikkeleg, noko som igjen fører til utryggleik...

Eg vel å ikkje fokusere medikamentell behandling til denne pasientgruppa, då eg meiner det vert enklare å fokusere på det sjukepleiefaglege og ikkje den medisinsk faglege delen. Eg veit likevel at medikamentell behandling er sentralt for pasientar med lungekreft.

### **1.5 Målet med oppgåva**

Målet med denne oppgåva er å tilegne meg kunnskap om korleis sjukepleie kan bidra til tryggleik for pasientar med lungekreft i palliativ fase. Gjennom litteraturstudie vil eg få innblikk i korleis pasientar med lungekreft opplever det, noko som gir god kunnskap til meg som framtidig sjukepleiar. Eg håpar at eg skal bli tryggare og få meir kunnskap om korleis eg kan gje god omsorg til denne pasientgruppa etter denne oppgåva.

### **1.6 Oppgåvas oppbygging**

Oppgåva er oppbygd av 5 delar. Først kjem innleiinga der eg mellom anna har med bakgrunn for val av tema og problemstilling. I andre del presenterar eg teori om lungekreft, sjukepleiefagleg perspektiv, tryggleik og andre sentrale omgrep, samt relevant bakgrunnskunnskap. I oppgåvas tredje del forklarar eg kva litteraturstudie som metode er, og beskriv framgangsmåten for mine litteratursøk. I den fjerde delen presenterar eg kvar artikkel i eit samandrag. Til slutt kjem drøftingsdelen der eg aktivt brukar funna frå artiklane mine, relevant kunnskap frå teoridelen samt egne erfaringar for å svare på problemstillinga. Drøftinga vert til slutt kortfatta i ein konklusjon.

## 2.0 Teoridel

### 2.1 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer omhandlar sjukepleiaren sine plikter ovanfor individ og samfunn, pasient, pårørende, medarbeidarar og forholdet til eigen profesjon og praksis. Menneske har stor tillit til sjukepleiarar, og i kraft av å vera fagperson har ein makt til å ta vare på andre menneske sitt liv og livsmoglegheiter, desse må ivaretakast på ein moralsk forsvarleg måte. Verdiane som ligg til grunn for retningslinjene er barmhjertigheit, omsorg og respekt for grunnleggjande menneskerettigheitar (Brinchmann,2005). I § 4.1 står det at sjukepleiaren har personleg ansvar for at eigen praksis er fagleg og etisk forsvarleg. Vidare står det i §4.3 at sjukepleiaren må vere bevisst på personleg styrke og avgrensing og søke hjelp og støtte i vanskelege situasjonar. Sjukepleiaren må halde sin kunnskap ved like og stadig sørgje for å fornye den vert påpeika i §5.1 (Nsf,2001). Dei plikter og rettigheitar som skal følgjast er og uttrykt i gjeldande lovverk, til dømes lov om helsepersonell og lov om pasientrettigheitar (Brinchmann,2005).

### 2.2 Sjukepleiefagleg perspektiv

Til oppgåva mi meiner eg Joyce Travelbee sin sjukepleieteori passar godt og har difor valt å ta med nokre av hennar tankar og meiningar.

Teorien fokuserer på sjukepleiefaget si mellommenneskelege dimensjon, noko som kjem fram i hennar definisjon: *”Sykepleie er en mellommenneskeleg prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene”*(sitert i Kirkevold,2001 s.113).

Dei viktigaste omgrepa i teorien hennar er mennesket som individ, liding, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon. Ho tek utgangspunkt i at mennesket er eineståande, uerstatteleg og ulik alle andre som har levd og som kjem til å leva. Vidare hevdar Travelbee(1966/2001) at personen si oppleving av sjukdom og liding er viktigare å forhalde seg til enn diagnosen. Ein helsearbeidar kan ikkje vite korleis individet oppfattar sin sjukdom før det er drøfta med individet og han får fram sine meiningar om tilstanden. Eit menneske-til-menneske-fohold er ein prosess og skal bidra til at den sjuke sitt behov for pleie vert



opprethaldt. Sjukepleiaren er ansvarleg for å etablere og oppretthalde forholdet, men det skal vere gjensidig.

Travelbee meiner eit av dei viktigaste reiskapane sjukepleiaren har er kommunikasjon, som gjer det mogleg å etablere eit menneske-til-menneske-forhold og dermed utføre sjukepleia si hensikt (Kirkevold,2001). I eitkvart møte føregår det kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt. All interaksjon med den sjuke gjer sjukepleiaren moglegheit til å verte kjent samt bestemme og ivareta hans behov. Kommunikasjon er ein gjensidig prosess, men det er sjukepleiaren si oppgåve å planlegge, leggje tilrette og leie interaksjonane. Sjukepleiaren brukar kommunikasjon for å skaffe og gi informasjon, og den sjuke og hans familie brukar det for å få hjelp. Det vil vera viktig for sjukepleiaren å vite om budskapet som utvekslast er forstått av alle partar. Kommunikasjonen er dynamisk, den kan trekkje menneske nærare, støyte dei vekk, den kan gi hjelp eller såre. Sjukepleiaren sine grunnleggande intensjonar og oppfatning av andre menneske vert alltid kommunisert i sjukepleiesituasjonar. Dersom sjukepleiaren ikkje interesserar seg for den sjuke vil det bli kommunisert og fanga opp hjå pasienten, uansett kva som kjem til uttrykk i ord. Sjukepleiaren bør ha meiningsfull dialog med kvar person ho samtalar med, dvs. målretta, gjensidig kommunikasjon mellom begge partar der tema er viktig, relevant og passande. Det bør vere retta mot den sjuke sine problem her og no (Travelbee,1966/2001).

Travelbee (1966/2001) definerar angst som ei subjektiv erfaring som vert utløyst av ei reell eller innbilt fare som verkar truande på behovet. Det er ein svært ubehagleg følelse og fører til mange fysiske og psykiske symptom, til dømes tachykardi, hyperventilering, konsentrasjonsvanskar og irritabilitet. Dette påverkar personen si oppfatningsevne, tenkeevne, vurderingsevne, læringsevne og evna til å ta beslutningar.

### **2.3 Lungekreft**

Lungekreft deles i to hovudtypar, ikkje småcella lungekreft som utgjer over 80% og småcella lungekreft som utgjer under 20% (Reitan og Schjølberg,2010). Symptoma er varierende og avheng av kvar svulsten er lokalisert. Hoste med blodig ekspektorat er vanlegast. Andre symptom kan vere gjentakande pneumoni, pipande respirasjon, dyspnè, vekttaap og djup venetrombose. Metastasar førekjem hyppig, vanligast til hjerne, skjelettet og levera, ofte er symptom frå metastasane første teikn på sjukdommen. Dersom det er mogleg vert pasienten

operert, men berre 20% er operable.<sup>1</sup> Pasientar som ikkje er operable får palliativ(lindrande) behandling i form av stråleterapi eller cytostatika (Jacobsen et al.,2001).

## 2.4 Dyspnè- redsel og angst

Hjå pasientar med lungekreft er dyspnè eit vanleg symptom. Det er ein subjektiv og ubehagleg følelse av å ikkje få tilfredstilt behovet for nok luft. Mange pasientar uttrykker redsel for å ikkje få puste, dei er redde for å bli kvelt og få ein forferdeleg død (Reitan og Schjøberg,2010). Tanken på eigen død er ein svært skremmande tanke, og alle menneske reagerar med frykt og angst føre døden. Den vonde følelsen angst gjer forsterkast ved tanken på at ein skal dø snart (Kristoffersen et al.,2005). Først opplever ein dyspnè i aktivitet, men etterkvart som sjukdommen utviklar seg vil pasienten få pusteproblem også i kvile. Redsla og angsten for å kvelast vert då forsterka, samstundes med at angst for døden vert meir verkeleg. Angsten påverkar då pusten og pasienten vil koma i ein vond sirkel som påverkar pustemønsteret. Det vil vera viktig å finne årsaka til pusteproblema og kva me kan gjere for pasienten (Reitan og Schjøberg,2010).

## 2.5 Dyspnè- ei sjukepleieutfordring

Det er diverre slik at pasientar opplev å ikkje få hjelp med dette problemet. Både sjukepleiar sine observasjonar og pasienten sine egne opplevingar har ei svært sentral rolle i behandlinga. Sjukepleiaren har ei stor utfordring ved å observere og setje i verk tiltak som kan lette pusteproblema. Det kan vere tiltak på fleire plan, både fysisk og psykisk, og kanskje åndeleg og sosialt. Sjukepleiaren kan forklare korleis respirasjonen vert meir effektiv ved å puste djupt og med magen, samt gje undervisning om leppeblåsing. Oksygentilførselen kan vere god lindring, mange opplev tryggleik ved slik behandling og det kan vere med å redusere dyspnè, redsel og angst. Eit anna godt tiltak er å vera roleg tilstades, stryke pasienten over ryggen og puste saman med han, på den måten vert han bevisst på respirasjonen sin. Det er mange pasientar som vert rolege av nærleik og kroppskontakt, av di dei føler seg trygge då. Tung dyne og tronge klede kan vera ubehagleg Pasienten bør ha moglegheit for besøk av sine næraste når han orkar det. Mange vert rolegare av å ha sine næraste tilstades (Reitan og Schjøberg,2010).

---

<sup>1</sup> Ved operasjon fjernar ein enten ein lungelapp(lobektomi) eller heile lunga(pneumektomi).

## 2.6 Tryggleik

Omgrepet byggjer på pålitelegheit, ærlegskap og trufastheit. Desse orda har med relasjonar å gjere og beskriv eigenskapar som er ynskjeleg at sjukepleiarar har. Tryggleik er relasjonell, dvs. den står alltid i forhold til noko og er svært viktig i mennesket sitt liv. Innanfor sjukepleia ser ein tryggleik som eit behov menneske har. Abraham Maslow(1954) beskriv korleis behova til menneske er hierarkisk oppbygd. Der kjem tryggleik og sikkerheit fram som eit av dei grunnleggande behova. Det kan varsamt leggjast til rette for at tryggleik skal oppnåast, her vil vår varleik og veremåte vere viktig og det fins inga oppskrift eller teori på korleis me skal gå fram. Det som gjer eit menneske trygt, vil ikkje gjere alle menneske trygge. Me må vise respekt og vere tilstades, samt ivareta pasienten sin autonomi, sårbarheit og integritet. Menneske har mange behov og eit av dei viktigaste er behovet for merksemd. At nokon ser dei når dei treng det mest, er noko som betyr mykje. Små augneblikk med konsentrert tid er utruleg viktig. Ord og gjerningar bærer med seg livets tid, medan me som sjukepleiarar er styrt av klokketida. Sjukepleia krev mange gonger at ein vågar å vere langsamme og tek oss tid, når ein stoppar opp ser ein betre. Me må vere tilstades og opent lytte til det andre mennesket. Det å verte sett og få merksemd har nær samanheng med mennesket sitt behov for tryggleik (Thorsen,2005).

### 2.6.1 Formar for tryggleik

Relasjonstryggleik er knytt til gode og nære relasjonar som veks fram i samvær med andre som vil oss vel. Trygge relasjonar er kjenneteikna av openheit, gjensidigheit, forståing, ærligskap, akseptasjon og evna til å nå kvarandre. Personar som gir tryggleik er rolege, varme, hyggelege og sikre. Dei utstrålar tryggleik, opplevast som trygge og har ”trygge kvardagsrøster”. Stole-på-andre-tryggleik heng nært saman med relasjonstryggleik. Nokre gongar i livet hamnar ein i grensesituasjonar der me sjølve ikkje er herre. Situasjonar der livet kan vere trua og store delar av livet vårt ligg i andre sine hender. Ein er avhengig av hjelp og at dei som skal hjelpe kan det arbeidet dei skal utføre. Som sjukepleiar bær ein eit stort ansvar som inkluderar å ta vare på menneske som er totalt avhengig av oss. Det vil då vera viktig med kunnskaps- og kontrolltryggleik. Som sjukepleiar krev det at me må ha tileigna oss dei kunnskapane og ferdigheitene som trengs. Ein må vite kva og kvifor ein skal handle som ein gjer. Som sjukepleiar står ein ofte aleine når uventa situasjonar oppstår (Thorsen,2005).

## 2.7 Pårørande

Sjukdom rammar heile familien og ikkje berre den sjuke. Dei næraste utgjer den viktigaste støtta for pasienten, dei han deler tankar, følelsar og redsel for sjukdommen og framtida med. Å sjå pårørande er å vise i handling at ein tek på seg fagleg ansvar og tek vare på den sjuke, samt behandlar pårørande som viktige samarbeidspartnarar. Ved å gjere det viser ein at ein har eit felles mål, nemleg å gi god omsorg for og oppfølging av den sjuke. Når sjukepleiaren gir god omsorg til den sjuke, gir det tryggleik og tillit hjå dei pårørande, noko som igjen påverkar pasienten. Sjølv om pårørande er hjå pasienten er det ønskjeleg at sjukepleiaren kjem ofte inn. Dette verkar tryggande, dei pårørande er pårørande og må sleppe å passe på (Sand,2001).

## 3.0 Metode

### 3.1 Kva er ein metode?

Metode er ein framgangsmåte for å få fram kunnskap eller etterprøve påstandar som vert sett fram med krav om å vere sanne, gyldige eller haldbare. Det er metoden som fortel korleis ein skaffar den kunnskapen som trengs. Ein vel metode basert på om den vil gje oss gode data samt belyse spørsmålet på ein fagleg interessant måte. Ein kan seie at metoden er reiskapen vår som hjelper å samle inn informasjonen som trengs til undersøkinga (Dalland,2007).

Me skil mellom kvantitativ- og kvalitativ metode, dei har til felles som mål å bidra til betre forståing av samfunnet vi lev i. Kvantitativ metode tek sikte på å forme informasjon om til målbare einingar slik at ein kan finne gjennomsnitt og prosentar av ei større mengd. Kvalitativ metode tek meir sikte på fange opp meiningar eller opplevingar, difor let dei seg ikkje talfeste eller måle (Dalland,2007).

### 3.2 Val av metode

Forsberg og Wengstrøm(2008) seier i sin definisjon at litteraturstudie inneber å systematisk søkje, kritisk granske og samanfatte litteratur innanfor eit emne eller problemområde. Målet med systematisk litteraturstudie er å bruke tidlegare gjennomførte empiriske studiar for å få ein heilskap til å svare på problemstillinga. Ein må fokusera på aktuell forskning innanfor det valte området og bruke det for å danne grunnlag til å dra kliniske slutningar.

Informasjonskjelda er rapportert data som er gitt ut i vitenskaplege tidsskrifter eller andre vitenskaplege rapportar (Forsberg og Wengstrøm,2008).

### 3.3 Forskingsetiske vurderingar

Etikk handla om normer for rett og god livsførsel. Når ein vert stilt ovanfor vanskelege avgjersler er det etikken som skal gje oss vegleiing og grunnlag for vurderingar før ein handlar, både i dagleglivet og forskinga (Dalland,2007).

Når ein arbeidar med litteraturstudie er det etiske omsyn som skal takast før arbeidet byrjar. Det bør velgast studiar/artiklar som er vorte godkjend av forskningsetisk komité eller at det er gjort etiske overvegingar. Alle resultat bør presenterast, både dei som støttar og ikkje støttar problemstillinga, det er uetisk å utelate noko. Fusk og uærligdom må ikkje førekomma, med det meines at det er ikkje lov å lage, stele eller plagiere data, forvrengje forskingsprosessen eller vere uærlig mot forskaren (Forsberg og Wengstrøm,2008).

### 3.4 Litteratursøk

For å leite om det fanst retningslinjer innanfor temaet mitt gjekk eg innpå helsebiblioteket.no., deretter innpå emnet kreft og vidare inn på alle norske retningslinjer. Så trykka eg innpå retningslinjer for lindrande behandling og fant retningslinja Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen av Helsedirektoratet,2010. Henta 22.12.2010.

Felles for å søkje etter artiklar var at eg gjekk innpå biblioteket sine sider og deretter innpå SveMed+ for å finne engelske keyword/MeSh-term til å søkje med.

Eg gjekk innpå Ovid Nursing Database og søkte med desse MeSh orda: Lung Neoplasms, Dyspnea og Palliative Care (Vist i tabell1). Kombinert gav dette 26 treff. Av desse artiklane valte eg ut ein som passar til mi problemstilling. Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care (Henocha,Bergmanb,Gustafssona,Johanssona,Danielsona,2007).

Tabell 1:

	<b>Ovid Nursing Database(27.12.2010)</b>	
<b>Søkenr</b>	Søkeord	Antall treff
<b>S1</b>	Lung Neoplasms	2282
<b>S2</b>	Dyspnea	1895
<b>S3</b>	Palliative Care	5444
<b>S4</b>	S1 and S2 and S3	26

Vidare gjekk eg innpå databasen Ovid Medline og søkte med desse MeSh orda: lung neoplasms, nurse-patient relations, palliative care og oncologic nursing (vist i tabell 2). Kombinert søk gav 2 treff og ein av dei kunne eg bruke: Perceptions of dyspnea and helpful interventions during the advanced stage of lung cancer. Chinese patient`s perspectives (Lai,Chan & Lopez,2007).

Tabell 2:

	<b>Ovid Medline(17.01.2011)</b>	
<b>Søkenr</b>	Søkeord	Antall treff
<b>S1</b>	Lung Neoplasms	21397
<b>S2</b>	Nurse-patient relations	4270
<b>S3</b>	Palliative Care	6605
<b>S4</b>	Oncologic nursing	1226
<b>S5</b>	S1 and S2 and S3 and S4	2

Eg fortsatte søkinga på Ovid Medline med desse MeSh orda: oncologic nursing, palliative care og nurse-patient relations(vist i tabell 3). Kombinert søk gav 17 treff. Av desse passa ein til mi problemstilling: What is important for patient centred care?A qualitative study about the perceptions of patients with cancer (Kvåle og Bondevik,2008).

Tabell 3:

	<b>Ovid Medline(17.01.2011)</b>	
<b>Søkenr</b>	Søkeord	Antall treff
<b>S1</b>	Oncologic nursing	1226
<b>S2</b>	Nurse-patient relations	4270
<b>S3</b>	Palliative Care	6605
<b>S4</b>	S1 and S2 and S3	17

Framleis nytta eg Ovid Medline og søkte med desse MeSh orda: oncologic nursing, nurses role og safety(vist i tabell 4) Kombinert gav søket 6 treff. Eg valte ut ein av desse då eg tykte den passa til oppgåva mi: Cancer patients: perceptions of the good nurse: a literature review (Rchaidia, Dierckx de Carterlè,Blaeser,Gastmans,2009)

Tabell 4 :

	Ovid Medline(17.01.2011)	
Søkenr	Søkeord	Antall treff
S1	Oncologic nursing	1226
S2	Nurses role	11343
S3	Safety	5731
S4	S1 and S2 and S3	6

### 3.5 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk vil seie ulike metodar som kan brukast for å finne ut om ei kjelde er sann. Det må vurderast og stillast spørsmål ikring dei kjeldene ein skal nytta. Hensikta med kjeldekritikk er at lesaren får ta del i refleksjonane som skrivaren av oppgåve gjer seg når det gjeld relevans og gyldigheita litteraturen har for å belyse problemstillinga. Det vil vere nødvendig å gjere rede for tilgang på litteratur, om det var lett eller vanskeleg å finne. Samstundes må ein vurdere i kva grad teorien og forkinga ein har funne kan brukast til å belyse problemstillinga vår (Dalland,2007). For å kritisk vurdere artiklane i mi oppgåva har eg nytta sjekklister som passar til det studiedesignet som er nytta i artikkelen (Nortvedt,Jamtvedt,Graverholt & Reinart,2007).



### 3.6 Vurdering av retningsline/artiklar

#### **Vurdering av Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet,2010)**

Dette er ei tverrfagleg retningslinje som er godt utarbeidd . Det kjem klårt fram kven det er som har utarbeida den, men ikkje kva bakgrunn dei har. Eg tykkjer og det til tider er vanskeleg å få tak i kva prosess dei har nytta i utarbeidinga ,dette kunne kome klårare fram. Slik eg ser det er det i stor grad samsvar mellom anbefalingane og den dokumentasjonen som er innhenta, og det er valt ut svært relevante tema å ha med. Retningslinja er basert på oppdatert kunnskap, og den var revidert i april 2010. Eg vil seie den er svært relevant, lett å forstå, samt gjennomførbar i praksis.

#### **Vurdering av artikkel: Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care (Henocha er al.,2007).**

Problemstillinga kjem tydeleg fram og eg tykkjer spørjeundersøking er ein god metode for å få fram spørsmåla i studia. Det kjem ikkje klårt fram opplysningar om befolkningsgruppa, dette må eg lese utifrå tabell sjølv, med fordel kunne det vore med i sjølve artikkelen for å gjer det enklare for lesaren. Gjennomsnittsalderen på dei som deltok var 69 år. Det var 151 som vart spurte om å vere med, men av ulike årsaker enda det opp med å vere 105 pasientar som deltok i perioden 2003-2005. Den ligg då akkurat på grensa når det gjeld svarprosent ein kan stole på, som er om lag 70%. Utifrå mi oppfatning er det nytta for mange ulike spørjeskjema for å få svar på problemstillinga, noko eg ser som ei ulempe då deltakarane kan verte leie dersom dei må svare på mange skjema. Dette kan igjen føre til at svara ikkje vert heilt rette då dei kanskje berre kryssar på slutten for å verte ferdige. Det kjem godt fram at studia er samanlikna med andre som har fokus på det same som vert undersøkt her. Artikkelen er godkjend av etisk komité i Gøteborg.

**Vurdering av artikkel: Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer: Chinese Patients' Perspectives (Lai et al.,2007)**

Formålet med undersøkinga kjem klårt fram og slik eg ser det er problemstillinga svært relevant. Kvalitativ tilnærming er her svært hensiktsmessig å bruke då dei skal beskrive opplevinga av dyspnè, og det kan berre beskrivast utifrå pasienten si erfaring. Beskriving av utvalet kunne her vore betre, det kjem fram at det er med 11 pasientar som er på ei palliativ eining i Hong Kong. Vidare kjem det klårt fram at det er nytta semistrukturerte intervju, noko eg tykkjer er ein bra måte for å belyse problemstillinga. Forskaren kunne med fordel gjort rede for sin teoretiske ståstad samt fagleg bakgrunn, dette er noko ikkje eg finn i denne artikkelen. Det er hyppig brukt andre kjelder for å underbygge data som er kome fram i undersøkinga. Studien vart grundig forklart og deltakarane måtte skrive under på at dei var skikkeleg informert. Studien vart godkjend av etisk komité . Funna i denne studien kjem klårt fram og er nyttig kunnskap for å forstå korleis pasientar med dyspnè har det.

**Vurdering av artikkel: What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer (Kvåle og Bondevik,2008).**

Formålet med studien kjem klårt fram og har stor relevans. Eg meiner det er hensiktsmessig å nytte kvalitativ metode med intervju som tilnærming til denne studien .Dette fordi dei skal få fram pasientane sine meiningar. Det er gjort godt rede for korleis utvalet er gjort etter visse inklusjonskriteriar. Det var 23 som vart spurde om å vere med, men 3 valte å ikkje delta, årsaka til det er ikkje kjent. Slik eg oppfattar artikkelen er det ikkje nokon stad gjort rede for forskaren sin ståstad eller fagleg bakgrunn. Der er undervegs tatt med andre kjelder for å vurdere og underbyggje data. Det er gjort lite rede for om pasientane fekk tilstrekkeleg med informasjon. Studien er gjennomført i henhold til reglande i Helsinkideklarasjonen av 2002 og er godkjent forskningsetisk komité. Hovedfunna i denne studien kjem godt fram og gjer oss god kunnskap om kva som er viktig for pasientane.

**Vurdering av artikkel: Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: a literature review (Rchaidia et al.,2009).**

Det kjem tidleg og klårt fram kva formålet med denne oversikta er. Inklusjonskriteria dei har nytta for kvar enkeltstudie kjem klårt fram, som til dømes måtte artiklane uttrykke oppfatningar eller erfaringar til kreftpasientar om kva som var gode sjukepleiarar, beskrive resultatata av empirisk forskning, og pasientane måtte vere over 17 år og motta pleie grunna kreftdiagnose. Databasane som vart søkt i var Medline, Cinahl, Cochrane Library, Invert og PsycINFO, desse tykkjer eg er svært relevante. Søkeorda som er nytta kjem klårt fram, men det er ikkje oppgitt tidsrom for søka. Referanselistene til dei inkluderte studia er gjennomført for å sikre at det vart henta inn så mykje relevant litteratur som mogleg. Samt var eit av inklusjonskriteria at dei skulle vere publisert på engelsk, fransk, tysk eller nederlandsk. Risiko for systematiske feil kunne kome klårare fram, men det er nevnt at nokre av studiane hadde metodiske begrensingar som til dømes at det ikkje var detaljar om fråfall. Det kan tyde på at kreftpasientane som var for sjuke ikkje kunne delta, men dei kan ha eit anna syn på kva som utgjer ein god sjukepleiar. Resultata er mange og er ei viktig kjelde til kunnskap på god sjukepleie til desse pasientane. Slik eg ser det kan resultatata overførast til praksis og resultatata beskriv mykje av det som ein sjukepleiar skal inneha.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Presentasjon og samandrag av resultat

#### **Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet,2010).**

I 2008 vart over 26000 nye krefttilfelle diagnostisert og 10886 personar døydde av kreft i Noreg. Både på sjukehus og i primærhelsteneasta dominerar gruppa kreftpasientar blant dei palliative pasientane. Sidan pasientar i palliativ fase vert tekne hand om på alle nivå i helsevesenet er det viktig at alt helepersonell beherskar grunnleggande palliasjon. Men det vil vere behov for eigne sjukeheimseiningar med meir ressursar og høgare kompetanse i palliativ behandling og pleie enn det som er på vanlege sjukeheimseiningar. Retningslinja inneheld vegleiing i forhold til kjenneteikn og utfordringar ved palliasjon, faglege retningslinjer for aktuelle symptom og tilstandar, samt anbefalingar for organisering og kompetanse. Målet er å forbetre behandlinga av pasientar med inkurable kreftsjukdommar og avgrensa levetid, samt sikre eit like godt behandlingstilbod i heile landet. Lindring av pasienten sine fysiske smerter og andre plagsame symptom står sentralt, saman med tiltak retta mot psykiske, sosiale og andeleg/eksistensielle problem. Effektiv symptomlindring føreset tryggleik og god ivaretaking av pasienten og hans/hennar behov. Eit godt terapeutisk miljø vil få pasienten til å føle seg trygg og slappe av slik at man når lenger med behandlingmessige tiltak. Tilpassingsforstyrring med angst og depressive symptom er den hyppigast førekommande psykiatriske diagnosen hjå kreftpasientar. Fortløpande saklig, men skånsom informasjon om sjukdomsutvikling og behandling er eit viktig middel for å beholde en god og åpen kommunikasjon mellom pasient/pårørande og behandlingsteamet. Fagfeltet kjenneteiknast av tverrfaglig tilnærming med samarbeid og samhandling, der pasienten og dei pårørande er ein del av teamet. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mogleg livskvalitet for pasienten og dei pårørande. Sidan livskvalitet er subjektiv og derfor berre kan kartleggast ved kommunikasjon, er kommunikasjonen spesielt viktig i møte med pasientar i palliativ fase av ein kreftsjukdom. Pasientar med uhelbredeleg, progressiv sjukdom har eit samansett symptombilete som varierar over tid og ofte endrast raskt.<sup>2</sup> Dyspné er ei av de hyppigast plagene ved langtkomen kreftsjukdom. God ivaretaking i et trygt miljø er avgjerande for at

---

<sup>2</sup> Denne retningslinja er utarbeida for følgjande symptom/tilstandar: smerter, dyspné, munnholeproblem, kvalme, obstipasjon og delirium.

pasienten klarer å meistre sine plager. Frisk luft er effektivt. Ope vindauge eller bruk av vifte og ein kald klut på panna kan redusera opplevinga av å få for lite luft. Handhaldt vifte føretrekkes framfor bordvifte. Det er og viktig å hjelpe pasienten til godt leie i senga og gode kvilestillingar. Nasjonale retningslinjer er anbefalingar og råd som er basert på oppdatert, fagleg kunnskap og bør vere styrande for val som skal takast for å oppfylle krav om fagleg forsvarlegheit.

## **Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care (Henocha et al.,2007).**

Å leve med lungekreft inkluderar ei oppleving av uheldredeg sjukdom, og saman med svært stressande symptom kan dette påverke livskvaliteten. Eit av dei vanlegaste symptomta ved lungekreft er dyspnè. I denne artikkelen var målet å få beskrive og analysere pasientar si dyspnè erfaring og undersøkje forholdet til andre symptom, samt til personlege og helsemessige forhold hjå pasientar med lungekreft.

Det viste seg at over 50% av pasientane oppfatta andenaud. Hjå pasientar med uheldredeg lungekreft, er dyspnè ei samansett oppleving som i dette studie vert beskrive i form av frekvens, intensitet og nød, og som visast i forhold til aktiviteten. Nivået av desse elementa varierar og er knytte til meistrings kapasitet, angst og trøttleik. 16% opplevde andenaud i kvile, medan heile 72% ved gange og 79% ved klatring i trapper. Dette legg avgrensingar for pasienten sitt liv, og forstyrrar dagleglivets aktivitetar, både ved fysisk aktivitet samt psykiske og sosiale aktivitetar. Meistrings kapasitet, allmenntilstand og andre symptom vert påverka av korleis dei opplev andenaud. Dyspnè dimensjoner og aktivitetsrelatert dyspnè fører med seg angst, depresjon, utmatting og hoste, samt at det bidrar negativt til meistrings kapasitet. For å minske dyspnè erfaring og angst kan sjukepleiarar bruke kunnskap frå denne studia om betydinga av meistrings kapasitet for å betre hjelpe pasientar med lungekreft til å handtere sin palliative fase av sjukdommen.

## **Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer: Chinese Patients' Perspectives (Lai et al.,2007)**

Hensikta er å beskrive opplevinga av dyspnè og nyttige tiltak til pasientar med lungekreft I palliativ eining. Dyspnè er eit svært stressande men forsømt symptom, og kan berre bedømmast utifrå pasienten si erfaring. Verknaden av dyspnè på deltakarane sitt liv var fleirdimensjonal, dvs. fysiske, psykiske og sosiale.

Funna visar at 80% hevda at dyspnè førte til at dei måtte bevege seg sakte og gjere mindre fysisk arbeid, som eit resultat av dette vart dei sengeliggande. Sosiale interaksjonar vart avgrensa grunna deltakarane meinte at snakking utløyste dyspnè. Dette førte til at kommunikasjonen med familie og andre vart avgrensa til enkle svar. Deltakarane brukte ord som frykt og bekymring for å utrykke sin angst ved dyspnè. Følelsen stammar frå ubehag av å ikkje få tilstrekkelig med luft, samt frykta for å dø. Dei var og bekymra for at det kunne være deira siste andedrag. Deltakarane utvikla eigne metodar for å overvinne andenauda. Desse inkluderte å unngå utløysarar, utvikle eigne meistringstrategiar og støtte frå familien. Grunna dyspnè forårsaka ubehag i hals og munn, var eit effektivt tiltak å drikke noko varmt eller kaldt. Dei fleste deltakarane sa oksygenbehandling var viktig for dei, og alle 11 brukte det. Vidare frå pasientane sitt perspektiv er støtte frå familien ei viktig kjelde for å kjempe mot sjukdommen og symptoma. Som eit resultat av dette vil informasjon og støtte til pårørande vere avgjerande for å hjelpe dei med å støtte pasienten. Funna viser og at sjukepleiarane vart oppfatta som svært passive i å hjelpe pasientane når dei opplevde dyspnè. Overraskande, rapporterte 9 av deltakarane at sjukepleiarane ikkje hadde gjort noko for å lindre deira andenaud. Fire deltakarar framheva at dei berre vart tilbudd medisin i løpet av andenaud episoden. Dei uttrykte at sjukepleiarane har ei viktig støttande og pedagogisk rolle ved hjelpe dei å lære rett pusteteknikk for å lindre andenauda.

## **What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer (Kvåle og Bondevik,2008).**

Målet var å få innsikt i pasientar med kreft sine oppfatningar av viktigheita av å være respektert som partnarar, dele kontrollen over avgjersler om intervensjonar og styring av sine helseproblem, samt årsakene bak sine ønskjer. Tradisjonelt vert pasientar plassert i rolla som passive mottakarar av pleie frå helsepersonell, som veit kva som er best for pasienten.

Funna kan grupperast i 3 tema som har betydning for pasientsentrert omsorg frå pasienten sitt perspektiv. Den første er empowerment som inneber å verte respektert, lytta til, verte verdsett og å motta ærleg informasjon. Det andre handlar om å delta i avgjersler om behandling av sjukdommen, å diskutere behandlinga, men la legen avgjere på slutten, og siste men ikkje minst partnaraskap i sjukepleia. Funna tyder på at å verte lytta til, trudd på og behandla med respekt som vaksen gjorde at pasientane følte seg verdsett, det auka deira eigenverd samt ga dei ein følelse av kontroll. Dersom partnaraskap i omsorga skal verte ein realitet, treng både sjukepleiarar og pasientar å oppfatte at dei vert respektert som autonome individ som har noko å bidra med. Sjukepleiarar må reflektere over makta dei har og prøve å skape atmosfære av openheit og ærligskap utan tap av profesjonalitet.



## **Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: a literature review (Rchaidia et al.,2009).**

Artikkelen diskuterer funn av artiklar som undersøkte kreftpasientar si oppfatning av kva som utgjer ein god sjukepleiar. Deira oppfatningar er ei viktig kjelde til kunnskap og vil gjere det mogleg å få eit meir praksisnært syn på god sjukepleie for denne pasientgruppa.

Funna visar at gode sjukepleiarar behandla sine pasientar som dyrebare og uerstattelige individ, dei behandla kvar pasient og familie personleg. Dei er oppriktige og vennlige, samt viste eit respektfullt forhold til pasientane. Når pasientane følte dei vart behandla som individ førte det til at dei oppretthaldt si sjølvrespekt, noko som forbetra deira psykiske helse. Pasientane roste sjukepleiarar som gjekk rundar ofte, vurderte pasienten sitt behov, gav fysisk hjelp og hjelpte dei med å løyse praktiske problem, særleg når dei leid av smerter og ubehag. Sjukepleiarar som vil gje god omsorg bør vere open for pasienten sine forventningar, oppfatningar og ønskjer. Omsorg frå ein god sjukepleiar saman med sjukepleiar- pasient forhold hjelpte pasientane til å få ein følelse av optimisme, tillit, komfort, tryggleik, sikkerheit, bekrefting og auka velvære. Tillit for pasientane innebar at dei slapp å bekymre seg for sjukepleiaren ville gjere det som var rett og hjelpe dei til å føle seg trygge. Dermed fekk dei ein følelse av sikkerheit og av å vere i trygge omgjevnadar. Nokre av dei viktigaste eigenskapane for ein god sjukepleiar var å vere ærleg med pasientane samt gje informasjon om både sjukdom, gje råd og svare på spørsmål. Ein anna ting kreftpasientane rapporterte var at når sjukepleiaren var bevisst på kva som kjenneteiknar ein god sjukepleiar følte dei seg meir trygge, avslappa, komfortabel, roleg og dei ønska å snakke meir med pasientane.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Kommunikasjon og relasjon

Tavelbee(1966/2001) seier i sin definisjon at sjukepleiaren skal hjelpe pasienten og familien til å førebyggje eller meistre erfaringar med sjukdom og lidning. For at det skal la seg gjere legg ho stor vekt på menneske-til-menneske-forhold, som skal bidra til å oppfylle den sjuke sitt behov for pleie. Forholdet kan etablerast gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon som føregår i eitkvart møte. Det er ein gjensidig prosess og er måten sjukepleiaren brukar for å skaffe og å gje informasjon, og det middelet den sjuke og hans familie brukar for å få hjelp . Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mogleg livskvalitet for pasienten og pårørande. Og sidan livskvalitet er subjektiv, kan den berre kartleggast ved kommunikasjon. Difor er kommunikasjonen spesielt viktig i møte med lungekreftpasientar i palliativ fase av ein kreftsjukdom (Helsedirektoratet,2010). Derfor vil det vere svært viktig å heile tida vere bevisst på korleis ein oppfører seg og kva ein seier til lungekreftpasientar. Kommunikasjon har nemleg ei dynamisk kraft, dvs. den kan trekkje menneske nærare, støyte dei vekk, den kan gje hjelp eller såre. Sjukepleiaren sine grunnleggande intensjonar og oppfatning av andre menneske vert alltid kommunisert og fanga opp hjå pasienten, uansett kva som kjem til uttrykk i ord. (Tavelbee,1966/2001). Eg erfarte i praksis at dersom sjukepleiaren ikkje var trygg på seg sjølv, trakk seg vekk og viste seg usikker førte det til at pasienten vart utrygg, noko som er svært uheldig og viser kor skjørt møtet mellom sjukepleiar og pasient er. At sjukepleiarar trekk seg vekk når lungekreftpasienten treng oss er uforsvarleg. Sjukepleiarar skal helde sin kunnskap ved like og sjå til å stadig fornye dei, i følgje yrkesetiske retningslinjer (Nsf,2001). Dette vil vera svært viktig i arbeidet med å bidra til tryggleik hjå lungekreftpasientar, sjukepleiarane må vite kva ein skal gjere og ikkje trekkje seg vekk. Det viser seg at sjukepleiarar som er bevisst på kva som kjenneteiknar ein god sjukepleiar føler seg meir trygge, avslappa, komfortabel, roleg og ønskjer å snakke meir med pasientane (Rchaidia et al.,2009). Her ligg både teori, forskning og egne erfaringar til grunn for påstanden om at både verbal og non-verbal kommunikasjon er heilt sentralt ved relasjonsbygging, som igjen er svært sentralt for pasienten si tryggleik.

For å kunne skape ein trygg relasjon er det viktig at både pasientar og sjukepleiarar oppfattar at dei vert respektert som autonome individ som har noko å bidra med. Men det er dessverre slik at tradisjonelt vert pasientar plassert i rolla som passive mottakarar av pleie, levert av

helsepersonell, som veit kva som er best for pasienten (Kvåle og Bondevik,2008). Dette meiner eg er heilt feil, ein helsearbeidar kan ikkje vite korleis individet oppfattar sin sjukdom før det er drøfta med individet og får fram hans meiningar om tilstanden slik Travelbee(1966/2001) hevdar. Det som gjer eit menneske trygt, gjer ikkje alle menneske trygge (Thorsen,2005). Dette gjenspeilar at alle menneske er individuelle, og må difor behandlast deretter. Det fins inga oppskrift på korleis me skal gå fram, vår varleik og veremåte vil her vere viktig (Thorsen,2005). Vidare bør helsepersonell reflektere over makta dei har og prøve å skape atmosfære av openheit og ærligskap, utan tap av profesjonalitet (Kvåle og Bondevik,2008). Sjukepleiar bør ha meiningsfull dialog med kvar enkelt person ho forhold seg til. Dvs. målretta, gjensidig kommunikasjon mellom begge partar der tema er viktig, relevant og passende. Det bør vere retta mot den sjuke sine problem her og no, og det vil her vere spesielt viktig for sjukepleiaren å vite om budskapet som utvekslast er forstått av alle partar (Travelbee,2001). Dette for å unngå at informasjonen ikkje vert misforstått, og eventuell forvirring hjå pasienten og eventuelt pårørande. Men det visar seg at sosiale interaksjonar vert avgrensa grunna lungekreftpasientar meiner at snakking utløyser dyspnè., noko som igjen førte til at kommunikasjonen med familie og andre vart avgrensa til enkle svar (Lai et al.,2007). Dette viser at kommunikasjonsferdigheitene for lungekreftpasientar med dyspnè er svekka, noko som igjen gir helsepersonell ei ekstra stor utfordring når det gjeld å ha dialog og kartlegge behova denne pasientgruppa har.

Rchaidia et al.,2009 påpeikar at kreftpasientar tykkjer ein av dei viktigaste eigenskapane til ein sjukepleiar er å vere ærleg, gje informasjon, råd og svare på spørsmål om sjukdommen. Fortløpande sakleg, men skånsam informasjon om sjukdomsutvikling og behandling er eit viktig middel for å behalde ein god og open kommunikasjon mellom pasient/pårørande og behandlingsteamet (Helsedirektoratet,2010). Mi erfaring her er at pasientar med lungekreft har mange spørsmål, er usikre og treng mykje informasjon kring situasjonen deira. Difor vil eit godt terapeutisk miljø få denne pasientgruppa til å føle seg trygg og avslappa slik at ein når lengre med behandlingmessige tiltak (Helsedirektoratet, 2010).

Sjukepleiarar har i kraft av å vere fagperson makt til å ta vare på andre menneske sitt liv og livsmoglegheiter, og den må ivaretakast på ein moralsk forsvarleg måte (Brinchmann,2005). Med andre ord kan ein seie at når ein er pasient legg ein livet sitt i andre sine hender (Thorsen,2005). I praksis erfarer eg at det at å ikkje ha kontroll over eige liv er noko som skremmer pasientane og dei føler seg hjelpelause. Grunna dette ser eg det som svært viktig at

helsepersonell bidrar til å hjelpe lungekreftpasientar til å få følelse av kontroll. Det kjem fram i artikkelen til Kvåle og Bondevik frå 2008 at pasientar tykkjer det er viktig med partnerskap i sjukepleia og å få delta og drøfte avgjersler når det gjeld sjukdommen. Det å bli lytta til, trudd på og behandla med respekt som vaksen gjer at pasientar føler seg verdsett, det auka deira eigenverd samt gir dei ein følelse av kontroll (Kvåle og Bondevik,2008). Dette samsvarar i stor grad med det Rchaidia et al.(2009) seier om at sjukepleiarar som vil gje god omsorg bør vere open for pasienten sine forventingar, oppfatningar og ønskjer. Joyce Tavelbee(1966/2001) tek utgangspunkt i at mennesket er uerstatteleg og ulik alle andre, noko som kan samanliknast med forskning kring pasientar si beskriving av gode sjukepleiarar. Den gode sjukepleiar behandlar pasientane som dyrebare og uerstattelege, samt behandla kvar pasient og familie personleg. Dei var oppriktige og vennlige, samt viste eit respektfullt forhold til pasientane. Når pasientane føler dei vert behandla som individ fører det til at dei opprettheld sjølvrespekten sin, noko som igjen forbetra deira psykiske helse (Rchaidia et al.,2009). Dette vil vere svært viktig då det viser seg at tilpassingsforstyrring med angst og depressive symptom er den hyppigast førekommande psykiatriske diagnosen hjå kreftpasientar (Helsedirektoratet,2010).

## 5.2 Tryggleik

Abraham Maslow set tryggleik som eit grunnleggande behov når han beskriv behova til menneske. Ordet har med relasjonen til andre å gjere, dvs. den er relasjonell. Gode og nære relasjonar er knytte til relasjonstryggleik, og veks fram i samvær med andre som vil oss vel. Trygge relasjonar er kjenneteikna av openheit, gjensidigheit, forståing, ærligskap, akseptasjon og evna til å nå kvarandre. Personar som gjer tryggleik er rolege, varme, hyggelege og sikre. Dei utstrålar tryggleik, opplevast som trygge og har trygge kvardsrøster (Thorsen,2005). Forsking viser at omsorg frå ein god sjukepleiar saman med sjukepleiar-pasient forhold hjelper pasientar med lungekreft til å få ein følelse av optimisme, tillit, komfort, tryggleik, sikkerheit, bekrefting og auka velvære (Rchaidia et al.,2009). Her ser me at både teori og pasienterfaringar stemmer overeins, noko som igjen visar at relasjonar er heilt avgjerande for å bidra til tryggleik hjå pasientar. Det er ikkje berre pasientar helsepersonell treng å byggje relasjonar med. Sjukdom råkar ikkje berre den sjuke, men heile familien. Det er pårørande som utgjer den viktigaste støtta for pasienten, dei han delar tankar og følelsar med. Pårørande

må behandlast som viktige samarbeidspartnarar sidan me har eit felles mål, nemleg å gje god omsorg for og oppfølging av den sjuke. Når sjukepleiaren gjer god omsorg til lungekreftpasienten, gjer det tryggleik og tillit hjå dei pårørande, noko som igjen påverkar pasienten (Sand,2001). Frå pasientar med lungekreft sitt perspektiv ser me at støtte frå familien er viktig for å kjempe mot sjukdommen og symptoma, og som eit resultat av dette vil informasjon og støtte til pårørande vere avgjerande for å hjelpe dei med å støtte pasienten (Lai et al.,2007). Helsepersonell må derfor forhalde seg til pårørande på ein god måte og ”bruke” dei for det det er verdt på vegen mot å hjelpe pasientar med lungekreft til å oppleve tryggleik. I dette legg eg at å bruke pårørande som samarbeidspartnarar kan vere til god hjelp for helsepersonell, samstundes som det fremjer tryggleik hjå pasientar med lungekreft.

Når ein ser på omgrepet tryggleik byggjer det på ord som pålitelegheit, ærlegskap og trufastleik. Desse beskriv eigenskapar som er ynskjeleg at sjukepleiarar innehar (Thorsen,2005). Det er slik alle sjukepleiarar ønskjer å framstå, men det er dessverre ikkje nødvendigvis alle som gjer det, har eg erfart. Då eg var i praksis på ei vanleg sjukeheimseining kom det ein pasient med lungekreft i palliativ fase. Dette var ikkje eit arbeid dei var vane med, noko som kom tydeleg fram. Sidan pasientar i palliativ fase vert tekne hand om på alle nivå i helsevesenet er det viktig at alt helsepersonell beherskar grunnleggande palliasjon. (Helsedirektoratet,2010). Sjølv om dette ikkje er arbeid som er daglegdags for helsepersonell på vanlege sjukeheimseiningar må dei gjere så godt dei kan og for all del ikkje trekkje seg unna. Fagfeltet palliasjon kjenneteiknast av tverrfagleg tilnærming med høg grad av samarbeid og samhandling (Helsedirektoratet,2010). Eit alternativ dersom ein er usikker er å søkje kunnskap hjå andre kollegaer eller faggrupper, noko som kan vera svært tryggande for både sjukepleiar og pasient. Vidare kjem det fram frå helsedirektoratet(2010) at det vil vere behov for eigne sjukeheimseiningar med meir ressursar og høgare kompetanse i palliativ behandling og pleie enn det som er på vanlege sjukeheimseiningar. Etter det eg erfarar er ikkje dette eit tilbod i små kommunar, noko som ikkje samsvarar med helsedirektoratet(2010) sitt mål, nemleg å forbetre behandlinga og sikre eit like behandlingstilbod over heile landet til pasientar med inkurable kreftsjukdommar og avgrensa levetid. Menneske har stor tillit til sjukepleiarar (Brinchmann,2005). Tillit for lungekreftpasientar inneber at dei slepp å bekymre seg for sjukepleiaren vil gjere det som er rett og hjelpe dei til å føle seg trygge. Dermed får dei ein følelse av sikkerheit og av å vere i trygge omgjevnadar (Rchaidia et al.,2009). Slik eg ser det vil det vere svært sentralt at pasientar med lungekreft, uansett om det er på ei vanleg

sjukeheimsavdeling, føler seg trygg på at han får den beste behandlinga. Palliative pasientar med lungekreft må sleppe bekymringa av å føle at dei ikkje vert ivareteken på beste måte, då eg meiner dei har nok bekymringar. Når ein vert avhengig av hjelp er det forventa at sjukepleiarar har tileigna seg kunnskaps- og kontrolltryggleik, dvs. har dei kunnskapane og ferdigheitene som trengs. Ein må vite kva og kvifor ein skal handle som ein gjer (Thorsen,2005). Pasientar med uhelbredeleg, progressiv sjukdom har eit samansett symptombilete som varierar over tid og ofte endrast raskt (Helsedirektoratet,2010), og som sjukepleiar står ein ofte aleine når uventa situasjonar oppstår (Thorsen,2005). Dette viser kor utruleg viktig det er at ein er sjølvstendige og har tilegna seg dei kunnskapane og ferdigheitene som er forventa at sjukepleiarar skal ha, slik det er beskriven i yrkesetiske retningslinjer. Men på den andre sida må sjukepleiaren vera bevisst på personleg styrke og avgrensing og søke hjelp og støtte i vanskelege situasjonar (Nsf,2001). Det er ingen svakheit å spørje etter hjelp, men ein styrke, og eg meiner det er svært nødvendig for helsepersonell å sjå eigne avgrensingar.

### 5.3 Handlingskompetanse

Dyspnè er eit av dei vanlegast symptoma ved lungekreft. Det inneber ein subjektiv og ubehagleg følelse av å ikkje få tilfredstilt behovet for nok luft (Reitan og Schjøberg,2010). Henocha et al. påpeikar i ein artikkel frå 2007 at så mykje som 50% av pasientane opplevde andenaud. Først opplever ein dyspnè i aktivitet, men etterkvart som sjukdommen utviklar seg vil pasienten få pusteproblem også i kvile (Reitan og Schjøberg,2010). Dette er eit av resultatata Henocha et al. presenterar, som visar at 16% opplevde andenaud i kvile, medan heile 72% ved gange og 79% ved klatring i trapper. I tillegg visar studia til Lai et al.,2007 at heile 80% meiner dyspnè førte til at dei måtte bevege seg sakte og gjere mindre fysisk arbeid, som eit resultat av dette vart dei sengeliggande. Dette visar at dyspnè legg avgrensingar for lungekreftpasientar sitt liv, og forstyrrar dagleglivets aktivitetar, både ved fysisk aktivitet samt psykiske og sosiale aktivitetar. Mange pasientar uttrykker redsel for å ikkje få puste, dei er redde for å bli kvelt og få ein forferdeleg død (Reitan og Schjøberg,2010). Tanken på eigen død er ein svært skremmande tanke, og alle menneske reagerar med frykt og angst føre døden. Den vonde følelsen angst gjer forsterkast ved tanken på at ein skal dø snart (Kristoffersen et al.,2005). Lungekreftpasientar brukar ord som frykt og bekymring for å

utrykke angst ved dyspnè. Det viser seg her at teorien stemmer godt overeins med det pasientane opplev, nemleg at følelsen stammar frå ubehag av å ikkje få tilstrekkelig med luft, samt frykta for å dø. Dei var og bekymra for at det kunne være deira siste andedrag (Lai et al.,2007). Redsla og angsten for å kvelast vert då forsterka, samstundes med at angst for døden vert meir verkeleg. Angsten påverkar då pusten og lungekreftpasienten vil koma i ein vond sirkel som påverkar pustemønsteret (Kristoffersen et al.,2005). Angst vert utløyst av ei reell eller innbilt fare som verkar truande på behovet (Travelbee,1966/2001). Dessverre visar studia til Lai et al.,2007 at lungekreftpasientar oppfatta sjukepleiarane som svært passive i å hjelpe pasientane når dei opplevde dyspnè. Overraskande, vart det rapportert at dei fleste lungekreftpasientane opplevde at sjukepleiarane ikkje gjorde noko for å lindre deira andenaud. Medan nokon framheva at dei berre vart tilbudd medisin i løpet av andenaud episoden. Dette er svært urovekkande, og utifrå mi praksiserfaring var opplevinga av dyspnè ei av dei leiande årsakene som førte til utryggleik. For å bygge under denne påstanden vil eg trekkje fram at det kjem og fram i teorien at pasientar ikkje opplev å få hjelp ved dyspnè (Reitan og Schjølberg,2010). Som sjukepleiar vert det stilt krav om handlingsberedskap. I § 4.1 står det at sjukepleiaren har personleg ansvar for at eigen praksis er faglig og etisk forsvarleg.(Nsf,2001). Etter mitt syn er det uforsvarleg å ikkje hjelpe lungekreftpasientar med deira dyspnè. Sjukepleiarar har ei stor utfordring ved å observere og setje i verk tiltak som kan lette pusteproblema (Reitan og Schjølberg,2010). Det viser seg at lungekreftpasientar meiner sjukepleiarane har ei viktig støttande og pedagogisk rolle ved hjelpe dei å lære rett pusteteknikk for å lindre andenauda (Lai et al.,2007). Det vil vere nyttig å forklare korleis respirasjonen vert meir effektiv ved å puste djupt og med magen, samt gje undervisning om leppeblåsing. Eit anna godt tiltak er å være roleg tilstades, stryke pasienten over ryggen og puste saman med han, på den måten vert han bevisst på respirasjonen sin. Nærleik og kroppskontakt kan bidra til auka tryggleik. Pasienten bør ha moglegheit for besøk av sine næraste når han orkar det. Mange vert rolegare av å ha sine næraste tilstades (Reitan og Schjølberg,2010). Forsking visar at noko varmt eller kaldt å drikke kan vere eit effektivt tiltak (Lai et al.,2007). Oksygentilførselen kan vere god lindring, mange kan oppleve auka tryggleik ved slik behandling. (Reitan og Schjølberg,2010). Noko som gjenspeilar seg i Lai et al.(2007) sin artikkel der det kjem fram at oksygenbehandling var noko som var svært viktig for lungekreftpasientar. Helsedirektoratet(2010) visar til kunnskap om at frisk luft er effektivt. Ope vindauge eller bruk av vifte og ein kald klut på panna kan redusere opplevinga av å få for lite luft. Det vil vera viktig å hjelpe lungekreftpasientar med dyspnè til godt leie i senga og

gode kvilestillingar. Tung dyne og tronge klede kan vera ubehagleg (Reitan og Schjølberg,2010). Dette er god og nyttig kunnskap som eg meiner helsepersonell aktivt bør nytte for å hjelpe pasientar med lungekreft til å oppleve tryggleik og at dei vert ivareteken ved dyspnè anfall. Det viser kor mykje meir som kan gjerast for denne pasientgruppa enn å berre tilby medikament. Eg vil her trekkje fram ein episode frå praksis der eg var med ein sjukepleiar som var kjempeflink med å hjelpe pasienten under dyspnè anfall. Det var heilt utruleg å sjå kor mykje tryggare og avslappa pasienten vart då, i forhold til dei som eg opplevde ikkje gjorde noko. Dette visar at helsepersonell har ein lang veg å gå for å tilfredstille behove for tryggleik hjå lungekreftpasientar, og kor utruleg viktig det er å hjelpe dei på best mogleg måte. Dette sidan både meistrings kapasitet, allmenntilstand og andre symptom vert påverka av korleis pasientane opplev andenauda (Henocha et al.,2007).

Lungekreftpasientar rosar sjukepleiarar som går rundar ofte, vurderar behova deira, gjer fysisk hjelp og hjelper dei med å løyse praktiske problem, særleg når dei lid av smerter og ubehag (Rchaidia et al.,2009). Dette vil vere svært viktig for lungekreftpasientar sidan dyspnè og angst påverkar pasienten si oppfatningsevne, tenkeevne, vurderingsevne, læringsevne og evna til å ta avgjersler (Travelbee,1966/2001). Små augneblikk med konsentrert tid er utruleg viktig. Ord og gjerningar bærer med seg livets tid, meda sjukepleiarar er styrt av klokketida (Thorsen,2005). Det er ingen hemmelegheit at helsepersonell har eit arbeid prega av tidspress. Så det vil vere umogleg og urealistisk å klare å tilfredstille pasientane sitt behov for å ha helsepersonell tilstades. Mi erfaring er at det ikkje skal mykje til før dagens arbeidsoppgåver kjem skeivt ut med tida, og ein rekk ikkje å få gjort det ein skal. Dette tykte eg var svært vanskeleg og utfordrande då eg såg at det heilt klart var behov for kreftpasienten å ha helsepersonell tilstades. Det var tydeleg at han vart rolegare og tryggare då. Eg følte eg ikkje strakk til og fekk ikkje gjort jobben på ein tilfredstillande måte, noko som igjen førte til dårleg samvit. Denne erfaringa trur eg mange helsearbeidarar deler med meg. Men på ei anna side krev sjukepleia mange gonger at ein vågar å vere langsamme og tek oss tid, når ein stoppar opp ser ein betre. Me må vere tilstades og opent lytte til det andre mennesket. Som helsepersonell fører det til at ein heile tida på prioritera, utifrå den erfaringa eg har er det alltid nokon som treng meir hjelp enn andre. Å prioritere nokon føre andre er noko eg tykkjer er vanskeleg, men nokon gongar er det naudsynt. Medan lungekreftpasientar med dyspnè har eit anfall ser eg det som naudsynt for pasienten sin tryggleik at helsepersonell prioriterar å vere tilstades. Nokre pasientar har familie som er flinke å vera der for pasienten, medan andre har



ikkje det. Det å verte sett og få merksemd har nær samanheng med mennesket sitt behov for tryggleik (Thorsen,2005). Dei som ikkje har nokon vil ha større behov for merksemd av helsepersonell, på den andre sida vil det uansett vere viktig for alle lungekreftpasientar å føle at dei vert sett! Sjølv om pårørande er tilstades er det ønskjeleg at sjukepleiaren kjem ofte inn. Dette verkar tryggande, dei pårørande er pårørande og må sleppe å passe på (Sand,2001). Eg la merke til i praksis at når pasienten hadde besøk var det slik at personalet ikkje gjekk like ofte inn til pasienten. Dei rekna med at dei pårørande ville ringje på dersom det var noko. Slik eg ser det er det heilt feil, noko teorien støttar meg i. Uansett om pasienten har besøk eller ikkje er det vår jobb å vite at han har det bra og har det som han treng.

## **6.0 Konklusjon**

For at sjukepleie skal kunne bidra til tryggleik hjå pasientar med lungekreft vil det i første omgang vere heilt sentralt å etablere eit menneske-til-menneske-forhold, som Travelbee skildrar. Her vil kommunikasjon ha stor betydning, og det vert framheva at lungekreftpasientar tykkjer eit av dei viktigaste eigenskapane til ein sjukepleiar er å vere ærleg, gje informasjon, råd og svare på spørsmål om sjukdommen. Sjukepleiarar må ta utgangspunkt i at alle pasientar er ulike og deretter leggje sjukepleia til rette etter kvar enkelt sitt behov for å kunne fremje tryggleik. Me må lytte til pasienten og ta utgangspunkt i pasienten si oppleving av situasjonen. Helsepersonell må våge å vere tilstades når pasienten treng det mest, som ved dyspnè anfall. Det vil vere viktig at både sjukepleiar og pasient får bidra med sin kunnskap for å hjelpe pasienten på best mogleg måte. Tillit er heilt naudsynt for oppleving av tryggleik, lungekreftpasientar må føle seg trygge på at dei får hjelp når det trengs og vert ivaretatt på beste måte.

## 7.0 Referanseliste

- Brinchmann, B, S. (2005) *Etikk i Sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg & Wengstrøm, (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier- Vaardering ,analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Natur och Kultur, Stockholm
- Henocha,I.Bergmanb,B.Gustafssona,M.Johanssona,F,G.Danielsona,E.(2007) *Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care*. Henta fra Ovid Nursing Database.
- Helsedirektoratet(2010) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, A.E., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K. & Toverud, K. C. (2001) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M (2001). *Sykepleieteorier-Analyse og evaluering* (2 utgave), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Knutstad, U. ( 2010) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken2* (3 utgave) Oslo: Akribe AS.
- Kvåle,K. Bondevik,M.(2008) *What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer*. [Elektronisk versjon] Scand J. Caring Sci; 2008; 22; 582-589.
- Lai,Y., Chan,C & Lopez,V. (2007) *Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer: Chinese Patients' Perspectives*. Henta frå Ovid Medline.

- Norsk Sykepleieforbund(Nsf). (2001) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: NSF-serien 2/01*. [Brosjyre]
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert-en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleieforbund.
- Rchaidia, R., Dierckx de Carterlè, B., Blaeser, L. D., Gastmans, C. (2009) *Cancer patients perceptions of the good nurse: a literature review*. [Elektronisk versjon] *Nursing Ethics* 2009 16(5).
- Reitan, A. M., Schjølberg, T., K. (2010) *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling* (3 utgave) Oslo: Akribe AS.
- Sand, A. M. (2001) Trygghet I: Almås, H. *Klinisk Sykepleie, bind 1*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thorsen, R. (2005). Trygghet I: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F & Skaug, E. A. *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K.M. Thorbjørnsen, overs.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (Originalutg. 1966).

[Bilde] Henta 05.01.11:

[http://www.google.no/imgres?imgurl=http://www.luxo.no/uploads/bilder/Natur\\_sols\\_kinn\\_i\\_skogen\\_A.jpg&imgrefurl=http://www.luxo.no/about-light.aspx&usq=\\_HkiHjrbBAUf6DOQjppz-TdfS1Rs=&h=445&w=812&sz=110&hl=no&start=0&zoom=1&tbnid=h5z1Inhy1dfeGM:&tbnh=96&tbnw=175&prev=/images%3Fq%3Dnatur%26hl%3Dno%26biw%3D1436%26bih%3D680%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1&itbs=1&iact=hc&vpx=962&vpy=136&dur=359&hovh=166&hovw=303&tx=124&ty=105&ei=z08kTZv0O4Oy8gPRo8n-Bg&oei=z08kTZv0O4Oy8gPRo8n-Bg&esq=1&page=1&ndsp=18&ved=1t:429,r:4,s:0](http://www.google.no/imgres?imgurl=http://www.luxo.no/uploads/bilder/Natur_sols_kinn_i_skogen_A.jpg&imgrefurl=http://www.luxo.no/about-light.aspx&usq=_HkiHjrbBAUf6DOQjppz-TdfS1Rs=&h=445&w=812&sz=110&hl=no&start=0&zoom=1&tbnid=h5z1Inhy1dfeGM:&tbnh=96&tbnw=175&prev=/images%3Fq%3Dnatur%26hl%3Dno%26biw%3D1436%26bih%3D680%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1&itbs=1&iact=hc&vpx=962&vpy=136&dur=359&hovh=166&hovw=303&tx=124&ty=105&ei=z08kTZv0O4Oy8gPRo8n-Bg&oei=z08kTZv0O4Oy8gPRo8n-Bg&esq=1&page=1&ndsp=18&ved=1t:429,r:4,s:0)

## 8.0 Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. (Helsedirektoratet,2010)	Informasjonen er meint for spesialistar og anna helsepersonell prestar,psykologar samt pasient og pårørande. Den er å å forbetre behandlinga av pasientar med inkurable kreftsjukdommar og avgrensa levetid, samt sikre eit like godt behandlingstilbod i heile landet.	Det er nytta blant anna av rct studiar, rewievs,metaanalysar lovverk og annafor å utarbeide retningslina.		Retningslinja inneheld vegleing i forhold til kjenneteikn og utfordringar ved palliasjon, faglege retningslinjer for aktuelle symptom og tilstandar, samt anbefalingar for organisering og kompetanse.		

<p>Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care(Henocha et al.,2007)</p>	<p>Formålet var å få beskrive og analysere pasientar si dyspnè oppleving og undersøkje forholdet til andre symptom, samt til personlege og helsemessige forhold hjå pasientar med lungekreft.</p>	<p>Kvantitativ metode,der det er nytta spørjeundersøking samt informasjon frå journalen deira.</p>	<p>Det var med 105 pasientar med ein gjennomsnittsalder på 69 år i perioden 2003-2005.</p>	<p>Det viste seg at over 50% av pasientane oppfatta andenaud. Dette legg avgrensingar for pasienten sitt liv, og forstyrrar dagleglivets aktivitetar, både ved fysisk aktivitet samt psykiske og sosiale aktivitetar.</p>	<p>Meistrings kapasitet, allmenntilstand og andre symptom vert påverka av korleis dei opplev andenaud. Korleis helsepersonell møter dyspnè og begrensingane det legg for pasientar med lungekreft vil vere viktig.</p>	<p>For å minske dyspnè oppleving og angst kan sjukepleiarar bruke kunnskap om betydning av meistrings kapasitet for å betre hjelpe pasientar med lungekreft til å handtere sin palliative fase av sjukdommen.</p>
--	---	--	--	---	--	---

<p>Perceptions of dyspnea and helpful interventions during the advanced stage of lung cancer:Chinese patients perspectives(Lai et al.,2007)</p>	<p>Hensikta med denne studia var å beskrive opplevinga av dyspnè og nyttige tiltak til pasientar med lungekreft I palliativ eining.</p>	<p>Kvalitativ metode med intervju</p>	<p>Studia omhandlar 11 pasientar med lungekreft i palliative fase . Alderen var 51-80 år og pasientane var diagnostisert dei siste 1 til 12 månadane.</p>	<p>Funna visar at verknaden av dyspnè på deltakarane sitt liv var fleirdimensjonal, dvs. fysiske, psykiske og sosiale. Samt at dyspnè er eit svært stressande men forsømt symptom.</p>	<p>Pasientane oppfatta sjukepleiarane som passive med å hjelpe pasientane ved dyspnè. Sjukepleiarane har ei viktig støttande og pedagogisk rolle ved hjelpe dei å lære rett pusteteknikk for å lindre andenauda.</p>	<p>Studia syner kor mykje dyspnè påverkar pasientar sitt liv og kor viktig det vil vere at pasienten får hjelp til å takle dyspnè.</p>
---	---	---------------------------------------	---	--	--	--

<p>What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer (Kvåle og Bondevik, 2008)</p>	<p>Målet med studie var å få innsikt i pasientar med kreft sine oppfatningar av viktigeit av å være respektert som partnarar og dele kontrollen over beslutningar om intervensjonar og styring av sine helseproblem, samt årsakene bak sine ønskjer.</p>	<p>Kvalitativ metode med intervju</p>	<p>Deltakarane i denne studia var 20 inneliggjande kreft pasientar med ulike kreftdiagnosar på ulike stadium og med forskjellige prognoser.</p>	<p>Funna kan grupperast i 3 tema som har betydning for pasientsentrert omsorg frå pasienten sitt perspektiv. Den første er empowerment som inneber å verte respektert, lytta til, verte verdsett og å motta ærleg informasjon. Det andre handlar om å delta i beslutningar om behandling av sjukdommen, å diskutere behandlinga, men la legen avgjere på slutten, og siste men ikkje minst partnarsskap i sjukepleia.</p>	<p>Dersom partnarsskap i omsorga skal verte ein realitet, treng både sjukepleiarar og pasientar å oppfatte at dei vert respektert som autonome individ som har noko å bidra med.</p>	<p>I studia kjem det fram kor viktig det er for pasientane å få delta når det gjeld sjukdommen. Og sjukepleiarar må reflektere over den makta dei har og prøve å skape atmosfære av openheit og ærligskap utan tap av profesjonalitet .</p>
--	--	---------------------------------------	---	---	--	---

<p>Cancer patients perceptions of the good nurse:a literature review(Rchaidia et al.,2009)</p>	<p>Artikkelen diskuterer funn av artiklar som undersøkte kreftpasientar si oppfatning av kva som utgjer ein god sjukepleiar.</p>	<p>Oversiktsartikkel</p>	<p>Det var vise inklusjonskriteriar for enkeltstudia som var utvalt, til dømes måtte artiklane uttrykke oppfatningar eller erfaringar til kreftpasientar om kva som var gode sjukepleiarar, beskrive resultata av empirisk forsking, og pasientane måtte vere over 17 år og motta pleie. grunna kreftdiagnose.</p>	<p>Funna visar at gode sjukepleiarar behandla sine pasientar som dyrebare og uerstattelige individ, dei behandla kvar pasient og familie personleg. Krav at sjukepleiar e handlingskompetente.</p>	<p>Sentralt å møte pasienten utifrå dei behova han har,oppleving av omsorg og kompetanse får betydning for korleis pasienten opplev situasjonen.</p>	<p>Den gode sjukepleiar påverkar pasienten positivt og har handlingskompetanse.</p>
--	--	--------------------------	--	--	--	---