



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1013.

Antall ord: 8686

LIVSKVALITET HOS LUNGEKREFTPASIENTER I PALLIATIV FASE



JOHN COLE / SCIENCE PHOTO LIBRARY / Universal Images Group
Rights Managed / For Education Use Only

Utdanning: Bachelorgrad i Sykepleie

Avdeling: Haugesund

Kull: 2013

Antall ord: 8686

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Lungekreft en av de vanligste og alvorligste kreftformene i Norge, og det er dermed svært viktig at en som sykepleier har kunnskap rundt dette temaet.

Problemstilling: Hvordan kan en sykepleier bidra til å øke livskvaliteten hos pasienter med lungekreft i palliativ fase?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om hvilke sykepleietiltak som kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med lungekreft i palliativ fase.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, som tar utgangspunkt i faglitteratur, teori og forskningsartikler for å belyse problemstillingen.

Funn: Mange faktorer spiller inn på livskvaliteten til pasienter med lungekreft i palliativ fase. Hovedfunnene er at pasientene vektlegger viktigheten av de sosiale behovene, og at det er viktig med god kommunikasjon og opplevd støtte. Det kom også frem at eksistensielle behov, følelser som usikkerhet og håp spiller en stor rolle. Det er viktig for lungekreftpasienter å leve et normalt liv på tross av sykdommen.

Oppsummering: For å øke livskvaliteten til pasienter med lungekreft i palliativ fase, må sykepleieren skape en god relasjon til pasienten, støtte pasienten, fremme håp, hjelpe pasienten til å oppleve trygghet, sørge for et godt miljø, styrke pasientens selvbilde, finne pasientens ressurser, oppmuntre og hjelpe pasienten til å akseptere seg selv og sin diagnose, og være oppmerksom på pasientens religiøse syn.

Nøkkelord: Livskvalitet, Lungekreft, Palliativ fase, psykososiale behov, kommunikasjon

ABSTRACT

Background: Lung cancer is one of the most common and serious forms of cancer in Norway, and it is therefore very important that a nurse has knowledge about this subject.

Question: How can a nurse help increase the quality of life in patients with lung cancer in palliative phase?

Purpose: The purpose of this thesis is to learn about which nursing interventions that can contribute to improved quality of life in patients with lung cancer in palliative phase.

Method: This thesis is a literature study, which is based on literature, theory and research studies to highlight the issue.

Results: Many factors come into play in the quality of life of patients with lung cancer who is in the palliative phase. The main findings are that patients emphasizes the importance of social needs, and that it is important to have good communication and that the patients experience support. It also transpired that the existential needs, feelings like uncertainty and hope plays a big role. It is important for lung cancer patients to live a normal life, despite the disease.

Summary: To increase the quality of life of patients with lung cancer who is in palliative phase, the nurse has to create a good relationship with the patient, give support, promote hope, help the patient to feel safe, provide a good environment, strengthen the patient's self-esteem, find the patient's resources, encourage and help the patient to accept themselves and their diagnosis, and be aware of the patient's religious beliefs.

Keywords: Quality of life, Lung Cancer, Palliative Care, Psychosocial needs, communication

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 HENSIKT	1
1.3 PROBLEMSTILLING	2
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.	2
2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK	3
2.1 SYKEPLEIETEORI	3
2.2 LUNGEKREFT	4
2.3 PALLIASJON	5
2.4 LIVSKVALITET	5
2.5 KOMMUNIKASJON OG RELASJONEN MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT	6
3.0 METODE	8
3.1 HVA ER EN METODE?	8
3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE	8
3.3 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	8
3.4 KILDEKRIKK	9
3.5 ETISKE OVERVEIELSER	9
3.6 DATABASES, SØKEORD OG VALG AV LITTERATUR	10
4.0 RESULTAT	11
4.1 PRESENTASJON AV ARTIKLER	11
4.2 OPPSUMMERING AV ARTIKLER	16
5.0 HVORDAN KAN EN SYKEPLEIER BIDRA TIL Å ØKE LIVSKVALITETEN HOS PASIENTER MED LUNGEKREFT I PALLIATIV FASE?	17
5.1 DEN GODE RELASJONEN OG SAMTALEN	17
5.2 SYKEPLEIERENS BETYDNING FOR STØTTE	19
5.3 KOMMUNIKASJON FOR Å FREMME HÅP	20
5.4 TRYGGHET	21
5.5 BETYDNINGEN AV MILJØET	22
5.6 PASIENTENS ROLLE OG IDENTITET	23
6.0 AVSLUTNING	25
REFERANSELISTE	26
VEDLEGG I: SØKEOVERSIKT	I
VEDLEGG II: SJEKKLISTE	II

1.0 INNLEDNING

I Norge oppdages det rundt 26 000 nye krefttilfeller årlig, og litt over 20% av alle dødsfall i Norge skyldes kreft. I 2009 ble det registrert 25 943 nye krefttilfeller, hvorav 2550 av dem var i lunger og luftrør. 1076 av tilfellene rammet kvinner, mens 1474 av tilfellene rammet menn. Lungekreft har vist en markant økning hos norske kvinner i de senere år, mens hos menn har økningen vært liten (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2012, s. 127). Allikevel er lungekreft den nest hyppigste kreftformen hos menn, og den tredje hyppigste hos kvinner (Mjell, 2012, s. 228).

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

I denne oppgaven har jeg valgt å fordype meg i hvordan sykepleiere kan bidra til å øke livskvaliteten til pasienter med lungekreft i palliativ fase. Bakgrunnen for valget av dette temaet er at jeg har hatt praksis på medisinsk lungeavdeling, samt at jeg jobber der utenom studiene. Jeg har derfor sett hvor utbredt denne kreftformen er, samt hvor viktig det er med omsorg for pasienter i denne fasen. Samtidig er det etter min mening viktig med mer kunnskap rundt temaet, da jeg har sett i praksis at sykepleiere ofte ikke tar seg tid til å sette seg ned med pasienten, men fokuserer heller kun på den medisinske behandlingen som legen har bestemt. Forskning gjort av John (2010) viser at livskvaliteten til lungekreftpasienter generelt er lav, og det er derfor viktig at vi jobber med å forbedre livskvaliteten til disse pasientene.

I de yrkesetiske retningslinjene står det blant annet at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2014). Lungekreft er en av de vanligste og alvorligste kreftformene i Norge, og derfor er det svært viktig at en som sykepleier har kunnskap rundt dette temaet.

1.2 HENSIKT

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om hvilke sykepleietiltak som kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med lungekreft i palliativ fase.

1.3 PROBLEMSTILLING

Hvordan kan en sykepleier bidra til å øke livskvaliteten hos pasienter med lungekreft i palliativ fase?

1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.

Jeg fant fort ut at lungekreft i palliativ fase ble ett veldig stort, generelt tema. Jeg vet av erfaring at sykepleie til pasienter i palliativ fase er spesielt krevende når det gjelder nedsatt livskvalitet, og jeg begrenser derfor min oppgave til å omhandle hvordan sykepleier kan øke livskvaliteten hos pasienter med lungekreft i palliativ fase.

Lungekreftpasienter kan en møte på både sykehjem, sykehus og hjemmetjeneste. Min oppgave vil derfor begrense seg til pasienter som er innlagt på sengepost på sykehus, på grunn av at det er her jeg har mine erfaringer fra. Jeg har sett i praksis at pasienter med lungekreft ofte blir lagt inn på sykehus i kortere perioder. Det er derfor svært sentralt å jobbe med å øke livskvaliteten til disse pasientene når de er innlagt.

Jeg vil ikke fokusere på farmakologiske midler i denne oppgaven. Selv om det er en stor del av behandlingen, er det i mindre grad sykepleierens oppgave. Jeg vil heller ikke fokusere på symptombehandling selv om det er dette pasientene oftest er innlagt for, men heller rette fokuset mot pasientens psykososiale behov i denne fasen av livet. Dette er fordi det ofte blir glemt bort eller at sykepleierne ikke tar seg tid til å fokusere på dette, selv om det er en veldig viktig del av behandlingen. Rustøen skriver at det psykologiske og sosiale området av livskvalitet vil blant annet romme tilfredshet med livet, følelser, usikkerhet og stress, selvbilde, måloppnåelse, mening med livet, åndelige forhold og religion, mestring, depresjon, entusiasme, kontroll over eget liv, følelse av trygghet, sosialt liv og sosial støtte (Rustøen, 2002, s. 81).

Målgruppen jeg skal ta for meg i denne oppgaven vil være voksne pasienter i alderen over 18 år, uavhengig av kjønn. Jeg vil ikke fokusere på forholdet til de pårørende eller deres rolle i behandlingen, selv om det er en svært viktig del av den palliative behandlingen.

2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK

2.1 SYKEPLEIETEORI

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori. Begrunnelsen for dette er at teorien er svært relevant i forhold til min oppgave, og vil bidra til å gi et godt svar på min problemstilling.

Joyce Travelbee definerer sykepleie som følgende:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 2011, s. 29).

Travelbee (2011) mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, fordi den alltid dreier seg om mennesker. Hun definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ, som er både likt og ulikt alle andre mennesker. Hun poengterer at det er viktig at en som sykepleier husker at en pasient er et menneske. Som pasient er en like unik som en er som et menneske. Det er derfor viktig at sykepleiere behandler mennesker som mennesker, viser omsorgsevne og kommuniserer til den syke at han har en betydning.

Kommunikasjon er noe Travelbee legger vekt på. Hun skriver at det foregår kommunikasjon mellom sykepleieren og den hun har omsorg for ved ethvert møte, enten det er bevisst eller ikke. Hun vektlegger at det er viktig å etablere et menneske-til-menneske-forhold, ved å bli kjent med pasienten som menneske og til å ivareta hans behov. Ved å etablere og opprettholde menneske-til-menneske-forholdet, vil det føre til at det er mulig å oppfylle sykepleiens mål å hensikt; nemlig å hjelpe et individ med å mestre / forebygge sykdom, og finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2011, s. 135-136,171).

Travelbee mener også at den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp, for at de skal kunne mestre sin sykdom. Dersom mennesker opplever håp, vil de bli i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner. Håp er spesielt viktig i situasjoner der et menneske må lære seg å leve med en livslang sykdom. Sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved eller gjenvinne håpet. For å gjøre dette, må sykepleieren gjøre seg tilgjengelig til å lytte når den syke snakker om sin angst og frykt (Travelbee, 2011, s. 117, 123).

2.2 LUNGEKREFT

Lungekreft er en av de vanligste kreftformene, og omfatter alle kreftformer i lungene og/eller luftveier (NHI, 2013). Det er den vanligste årsaken til død av kreft i hele verden, på tross av at det er en sykdom som ofte kan forebygges. I Norge er lungekreft den tredje hyppigste kreftformen hos kvinner, og den nest hyppigste hos menn. Hovedårsaken til lungekreft er sigarettøyking, som er ansvarlig for 80-90% av alle tilfeller av lungekreft. Det viktigste forebyggende tiltaket mot lungekreft er derfor å redusere tobakksrøyking. Andre årsaker kan være stråling, asbesteksponering, eksponering for tungmetaller og industrielle karsinogener, men det har i de senere år vært vesentlig mindre påvirkning av slike kreftfremkallende stoffer. (Mjell, 2012, s. 228).

Lungekreft kan gi symptomer i luftveiene eller fra andre organer ved spredning. Symptomer fra luftveiene kan være hoste, blodig ekspektorat, dyspné, fremmedlyder ved auskultasjon eller pusting, smerter ved inspirasjon, pneumoni, rask respirasjon og pipelyd ved utpust (Mjell, 2012, s. 229). Dyspné er en ubehagelig opplevelse av å ikke få puste nok. Denne følelsen oppstår blant annet når pasienten må bevisst bidra til pustearbeidet, og opplevelsen av å puste blir tung fordi pustingen krever viljestyrt muskelaktivitet. Dyspne hos pasienter med lungesykdommer kan føre til en følelse av lufthunger og av å bli kvalt. Dyspné har derfor naturlig nok negativ effekt på pasientens livskvalitet. Opplevelsen av å ikke få nok luft skaper angst og stress for pasienten, og angsten kan igjen forverre dyspnéen. Det er derfor lett at pasienten kommer inn i en ond sirkel (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010, s. 113-114). Opplevelsen av å ikke få puste er noe av det som skaper mest angst hos et menneske (Almås et.al., 2010, s. 121).

Kirurgisk behandling er den eneste behandlingen som kan gi håp om helbredelse, og det er 18-20% av pasientene som kan opereres. Operasjonen kan ikke utføres dersom sykdommen har metastasert, og som oftest blir sykdommen oppdaget etter at den har metastasert. Samlet sett er det mindre enn 10 % av alle som får lungekreft som er i live etter 5 år, og 90-95% dør innen fem år fra diagnosetidspunktet. Disse pasientene vil derfor ha behov for palliativ behandling. Den palliative behandlingen er en helhetlig behandling som lindrer pasientens smerter, pusteproblemer, utmattelse, kvalme, manglende matlyst og angst. Disse pasientene vil ofte få behandling hjemme, avbrutt av korte eller lengre sykehusopphold. For at den palliative behandlingen skal være god, krever den ett godt samarbeid mellom alt helsepersonell involvert og pasienten (Mjell, 2012, s. 230).

2.3 PALLIASJON

Nordtvedt beskriver palliasjon som lindrende behandling og omsorg, som ikke har et kurativt siktemål men etterstreber symptomlindring og forbedring av livskvalitet, eventuelt en fredfull død. Palliasjon handler om at alvorlig syke og døende pasienter skal få god sykepleie, som inkluderer smertelindring, lindring av kvalme, ubehag, uro og angst (Nordtvedt, 2012, s. 196). Sykepleien som gis i denne fasen skal være livsforlengende, symptomlindrende og gi best mulig livskvalitet. Palliasjon handler om å legge en lindrende, beskyttende kappe over den som trenger dette (Lorensen & Grov, 2011, s. 425).

I palliativ fase er det spesielt utfordrende med iverksetting av sykepleietiltak, fordi de helserelevante behovene og symptomene er komplekse og sammensatte. Ofte må flere symptomer sees i sammenheng, for eksempel tungpusthet, fatigue og angst (Lorensen & Grov, 2011, s. 427). Det er også viktig at sykepleier viser interesse for pasientens måte å uttrykke seg på. I en palliativ fase er det vanlig at belastninger medfører angst, depresjon, tristhet og sorg, som er naturlige reaksjoner i en slik fase. Behandlingstiltakene kan være mange, alt i fra samtale, informasjon, hjelp til personlig økonomi, støttende og lindrende behandling som musikkterapi, og å fremme håp (Lorensen & Grov, 2011, s. 428).

2.4 LIVSKVALITET

Livskvalitet er et begrep som beskriver det vi strekker oss etter i livet. Begrepet brukes også som mål for hva helsepersonell ønsker å optimalisere for pasienten (Grov, 2011, s. 63). Verdens Helseorganisasjon definerer livskvalitet som enkeltmenneskets opplevelse av sitt liv og sin posisjon sett i lys av sammenhengen vedkommende lever i. Det er spesielt helserelevanter livskvalitet som er viktig når det gjelder kreftpasienters livskvalitet (Utne, 2011, s. 250). Helserelevanter livskvalitet omfatter en fysisk, en psykisk og en sosial dimensjon. Den fysiske vil ofte omfatte funksjonsnivå, fysisk styrke, utholdenhet og mobilitet. Den psykiske vil ofte omfatte angst, nedstemthet, tretthet og konsekvenser av følelsesmessige problemer, og den sosiale vil omfatte omgang med familie og venner, og deltakelse i organisasjoner eller foreninger (Lerdal & Grov, 2011, s. 654).

Ved kreftsykdommer er det en viktig sykepleieroppgave å kartlegge pasientens livskvalitet. Da spør sykepleier den enkelte om deres oppfatning eller opplevelse av situasjonen, og ofte vil vedkommende ha betraktninger om hvordan deres utfordringer og problemer kan løses.

Ved å utføre denne kartleggingen vil sykepleieren tilrettelegge for at pasienten selv får være aktiv i beslutningsprosessene, og kan komme frem til tiltak og løsningsforslag (Lorentsen & Grov, 2011, s. 428). En av hensiktene med å kartlegge livskvaliteten hos en pasient, er å få frem pasientens subjektive opplevelse av sykdommen, og kartleggingen er særlig viktig når pasienten er i palliativ fase. Dette fordi kartleggingen kan gi nyttig informasjon om effekten av den palliative behandlingen, samt få en oversikt over hvordan livskvaliteten endrer seg over tid (Utne, 2011, s. 250).

Når en pasient er alvorlig syk og har få eller ingen muligheter til å bli frisk igjen, er det særlig viktig at sykepleien innbefatter pasientens ressurser og muligheter, og ikke bare rettet mot plager og begrensninger. Den enkelte pasientens reaksjon på sykdom og symptomer bør danne utgangspunktet for sykepleien som gis (Rustøen, 2011, s. 29).

2.5 KOMMUNIKASJON OG RELASJONEN MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT

God kommunikasjon er i min mening en stor og viktig del av det å utøve god sykepleie. Eide & Eide skriver at kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Som sykepleier må en kunne kommunisere som profesjonelle, det vil si at vi må kommunisere som profesjonelle hjelpere. Profesjonell kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag, som handler om å møte menneskers behov, fremme likeverd og respekt, og bidra til at den andre får brukt sine ressurser. For at den profesjonelle kommunikasjonen skal være god må kommunikasjonen være egnet til å ivareta brukere og klienter på en god måte (Eide & Eide, 2005, s. 17-18).

Det kan være vanskelig å ha gode kommunikasjonsferdigheter. Eide & Eide skriver at kommunikasjonen skal være hjelpende, støttende og problemløsende. Det finnes ingen oppskrift på hva som er hjelpende eller problemløsende for den enkelte pasient, da alle situasjoner varierer, og hver pasient er forskjellig og har forskjellige behov. Allikevel har de kommet opp med noen grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som kan gjøre det lettere å mestre de ulike situasjonene som oppstår. Disse er å lytte, observere den andres verbale og nonverbale kommunikasjon, skape gode og likeverdige relasjoner, møte den andres behov og ønsker, stimulere den andres ressurser og muligheter, strukturere en samtale, formidle informasjon på en god måte, skape alternative perspektiver, åpne for nye handlingsvalg, forholde seg åpen til vanskelige følelser, og å samarbeide om å finne gode løsninger (Eide & Eide, 2005, s. 23).

Som sykepleier har en et spesielt ansvar for å skape kontakt med pasienten. Denne kontakten må bestå av imøtekommenhet, respekt, ansvarlighet og tillit. For å oppnå denne tryggheten og tilliten, må sykepleier anerkjenne pasienten og hans syn på verden (Karoliussen, 2002, s. 228). Winther & Madsen (2006) beskriver i sin forskningsartikkel at lindrende sykepleietiltak er svært viktige for å styrke relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Dette kan være berøring, samtale, nærvær og det å lytte til pasientens lidelse.

3.0 METODE

3.1 HVA ER EN METODE?

Dalland skriver at en metode forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å framskaffe eller etterprøve kunnskap, og hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger. Metoden som blir brukt vil gi gode data og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte. I en undersøkelse er metoden redskapet som blir brukt, og den brukes til å følge en viss vei mot et mål (Dalland, 2014, s. 111-114).

3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE

Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder innebærer forskningsprosedyrer som gir beskrivende data, altså menneskets egne skrevne eller talte ord og observerbare atferd. I kvalitative metoder søker en de kategorier, beskrivelser eller modeller som best beskriver et fenomen, og det unike med den kvalitative metoden er at man ønsker å karakterisere noe. Kvalitative metoder gir mange opplysninger om få enheter, og vil ofte fokusere på det unike (Olsson & Sörensen, 2013, s. 68). Kvantitative metoder vil ofte ta utgangspunkt i en teori som bygger på tidligere forskningsresultater og forskerens egne erfaringer på området. Prosjektet planlegges og gjennomføres empirisk ved å strukturere teorien, og formulere hele eller deler av teorien i testbare hypoteser eller klart definerte formål (Olsson & Sörensen, 2013, s. 69). En kvantitativ studie vil gi få opplysninger om mange enheter, og får fram det som er felles (Dalland, 2014, s. 113).

3.3 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie studerer en litteratur som er skrevet av artikkelforfattere, og bygger på allerede eksisterende kunnskaper. En kan på denne måten komme frem til nye erkjennelser, ved å sette sammen kunnskap fra flere undersøkelser (Støren, 2013, s. 16-17). En litteraturstudie bygger i hovedsak på skriftlige kilder.

Forskningsprosessen skal danne idealet for arbeidet, og det metodiske redskapet i en litterær oppgave er kildekritikk, altså en vurdering av de skriftlige kildene (Dalland, 2014, s. 223). Når det skrives en litteraturstudie skal strukturen i oppgaven være fast. Innen helse- og sosial oppgaver er en tematisk inndeling mest naturlig. Vi kan la funnene våre eller teorien danne

grunnlaget for temaoppdeling og rekkefølge (Dalland, 2014, s. 224). Denne litteraturstudien tar utgangspunkt i 7 forskningsartikler, faglitteratur og sykepleieteori.

3.4 KILDEKRITIKK

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Det er et samlebegrep for metoder som blir brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2014, s. 67). Dalland skriver videre at vi skal, i den grad det lar seg gjøre, vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet lar seg bruke til å beskrive vår problemstilling. I fagfelt som vokser raskt, er det en nødvendighet at litteraturen er tilstrekkelig oppdatert. Dalland skriver også at fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur, noe som kan være utfordrende da teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Dette kan føre til at det opprinnelige perspektivet endres, etter å ha blitt oversatt og fortolket (Dalland, 2014, s. 73). Jeg har på bakgrunn av dette tilstrebet å bruke primærkilder, og litteratur som er nyere enn ti år i min oppgave. Det har allikevel blitt brukt noe litteratur som er eldre enn dette, fordi litteraturen har blitt vurdert som relevant og ikke utdatert.

3.5 ETISKE OVERVEIELSER

Forskningsetikk har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning og gjøre. Forskningsetikken handler om å ivareta personvernet til deltakerne, samt å sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Det er viktig at forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt ikke går på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Kunnskapsdepartementet har etablert en rekke forskningsetiske komiteer, for å ivareta enkeltpersoner og samfunnets interesser innenfor forskning. All helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, må få forhåndsgodkjenning fra en av de forskningsetiske komiteene (Dalland, 2014, s. 96-98). Jeg har derfor sjekket at forskningsartiklene jeg har brukt er godkjent av etisk komite før jeg har tatt dem i bruk.

Korrekt referering er av stor betydning. Dalland skriver at ved å referere korrekt, vil verdier som åpenhet, etterprøvbarehet, vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon bli oppfylt. Samtidig kan en ikke bli beskyldt for plagiat dersom en er nøye med kildehenvisninger. Plagiat

vil si at en utgir andres arbeid som sitt eget, og det regnes som fusk. (Dalland, 2014, s. 80, 83). Denne oppgaven bruker APA-systemet i forhold til referering, som er i tråd med Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer for akademisk skriving.

3.6 DATABASER, SØKEORD OG VALG AV LITTERATUR

Jeg startet søket etter forskningsartikler i databasen SveMed i håp om å få opp noen norske resultater, dette for at det skal være mest mulig relevant for meg og min oppgave. Da jeg ikke fikk noe resultat her fortsatte jeg søk i databasene Cinahl og PubMed. Her fikk jeg svært mange resultater, men mange artikler ble utelukket da de var eldre enn ti år, eller at full tekst ikke var tilgjengelig på nett. Andre årsaker til at artikler ble utelukket var at de ikke var forskningsartikler, eller at de ikke var relevante for min problemstilling.

Etter mange søk med få relevante treff, begynte jeg å lese igjennom referanselister på lignende studentoppgaver. Her så jeg spesielt på søkeord kombinasjoner, og hvilke databaser som var brukt. Jeg fortsatte derfor søk i PubMed etter dette. Etter å ha funnet noen gode artikler gikk jeg videre til databasen Ovid Medline, hvor jeg endte opp med ett resultat. I denne databasen krysset jeg av for at artiklene skulle være publisert etter 2006, og at full tekst skulle være tilgjengelig. Søkekombinasjonene som resulterte i funn som brukes i oppgaven, fremgangsmåte og antall treff, er lagt ved som tabell. Se vedlegg 1.

Søkeord som er blitt brukt er Lung cancer, quality of life, palliative care, End of life, social well-being, communication, advanced cancer, terminally ill patients, patients perspective, self-care og coping. Søkeordene har jeg satt sammen på ulike måter, samt at jeg har brukt ”And” for å begrense antall søk og for å få frem de artiklene som er relevante for meg.

Alle valgte artikler er kvalitative og nyere enn 10 år, og er blitt kvalitets bedømt ved at jeg har benyttet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2014) sin sjekkliste for kvalitative studier. Kvaliteten på artiklene ble avgjort ut ifra 10 spørsmål, hvor svaralternativene var ja, uklart eller nei. Sjekklisten er lagt ved oppgaven, se vedlegg 2.

4.0 RESULTAT

4.1 PRESENTASJON AV ARTIKLER

ARTIKKEL 1

Tittel: Living with incurable cancer at the end of life – Patients perceptions on quality of life.

Forfattere: Johansson, Axelsson & Danielson (2006).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å beskrive pasienters oppfatning av livskvalitet ved uhelbredelig kreft i palliativ fase.

Metode og målgruppe: 5 pasienter i Sverige ble valgt ut til å delta i en kvalitativ fokusgruppe. Deltakerne hadde hatt kreft i to år eller mer, og var i palliativ fase.

Funn: Studien kommer frem til at pasienter mener det er viktig å kunne leve sitt normale liv på tross av sykdommen. Det er viktig for pasientene å ha sosial omgang, fordi det øker livskvaliteten. God kommunikasjon med pleierne er svært viktig, fordi det sørger for en positiv atmosfære og trygghet for pasienten. Deltakerne mener også at frihet fra psykisk og fysisk smerte er viktig for å ha god livskvalitet. Bruk av pasientens personlige minner vil minne dem på de positive tingene i livet deres, og dermed øke livskvaliteten.

ARTIKKEL 2

Tittel: Understanding the meaning of social well-being at the end of life.

Forfattere: Prince-Paul (2008)

Hensikt: Å fremme forståelse for hva pasienter i palliativ fase mener er sosial velvære og livskvalitet.

Metode og målgruppe: Studien er en kvalitativ studie, som brukte intervju som metode. 8 pasienter, 3 menn og 5 kvinner var deltakere. Alle deltakerne var mellom 44 og 74 år, og var i palliativ fase.

Funn: Alle deltakerne verdsatte samhörighet med venner, familie og kollegaer. Det å ha nære venner/familiemedlemmer gjorde at deltakerne hadde en grunn til å fortsette livet. Alle deltakerne mente at de hadde et forhold som ble styrket på grunn av kreftdiagnosen, enten det var menneskelig eller eksistensielt. Når det gjelder det eksistensielle, så sa alle deltakerne at Gud ikke hadde hatt en sentral rolle i livet deres før kreftdiagnosen. Alle deltakerne snakket om at de hadde fått en annen mening om Gud etter diagnosen, og at troen på Gud eller annen høyere makt gav dem trøst. Relasjonen til høyere makter ble sett på som positivt og personlig. Mange av deltakerne sa at kreftsykdommen var en trussel mot deres identitet, rolle og håp for fremtiden. Kreftsykdommen har ført til endring i fysisk utseende og rollene de hadde før de ble syke. Deltakerne ønsker at de rollene de har, skal føles normale. Til slutt beskriver mange at takknemlighet er viktig. Takknemlighet ovenfor både menneskelige og eksistensielle forbindelser, og takknemlighet for livet.

ARTIKKEL 3

Tittel: Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients perspectives of how it affects their life situation and quality of life

Forfatter: Berterö, Vanhanen & Appelin (2008)

Hensikt: Å beskrive hvordan lungekreft påvirker pasienters livssituasjon og livskvalitet.

Metode og målgruppe: Studien er kvalitativ og har brukt intervju som metode. 23 pasienter med lungekreft var deltakere, og aldersgruppen var fra 36-86 år.

Funn: Studien kom frem til at det var 6 faktorer som påvirket livskvaliteten til pasientene. Opplevelse av usikkerhet, opplevelse av håp, støtte, tanker om døden, følelsen av skam og skyldfølelse, og pårørendes reaksjoner. Pasientene var svært preget av opplevelsen av usikkerhet, noe som var vanskelig å håndtere. Tanker og spørsmål om diagnosen, behandlingen og utfallet førte til usikkerhet, noe som igjen førte til angst og nedsatt livskvalitet. Håpet hadde en stor betydning for dem, blant annet håp om å forlenge livet og leve et godt liv. Dersom pasientene opplevde håp, hadde de økt livskvalitet. Støtte ble også poengtert som en viktig faktor, og støtte var vesentlig for å øke livskvaliteten. Støtten kunne komme fra familie, venner eller helsepersonell. Særlig sykepleiere ble opplevd som en viktig faktor. Tanker om døden påvirket også livet deres i stor grad, og de var redde for å bli en

byrde for deres pårørende dersom de ikke klarte å leve sitt normale liv inntil døden. Det kom frem at de ikke var redde for å dø, men at de var triste for å forlate de kjære. Skyldfølelsen mange lungekreftpasienter føler på, er også en viktig faktor. Skyldfølelsen av at de selv hadde forårsaket sykdommen sin, på grunn av røyking eller at de ikke søkte hjelp fort nok.

ARTIKKEL 4

Tittel: Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer.

Forfatter: Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing (2010).

Hensikt: Hensikten med forskningsartikkelen var å finne ut hva som var viktig for langt komne kreftpasienter innenfor kommunikasjon med helsepersonell, og for å gi økt forståelse til helsepersonell om hva det er viktig å fokusere på når en kommuniserer med en kreftpasient.

Metode og målgruppe: Forskningsartikkelen er en sekundæranalyse av mange ulike kvalitative studier om kommunikasjon med kreftpasienter. Dataene er samlet fra 18 individuelle kvalitative intervjuer, og 16 fokusgruppe deltakere. Deltakerne hadde langt kommen kreft og var i palliativ fase.

Funn: Forskningsartikkelen har kommet frem til fire hovedelementer som er viktige innenfor kommunikasjon med kreftpasienter i palliativ fase. Det første hovedelementet er å respektere viktigheten av tid. Mange av deltakerne sa at det var et problem med at helsepersonell ikke hadde nok tid til å kommunisere med dem. Det er derfor svært viktig at den tiden som er til rådighet ikke blir forhastet, men at den består av at sykepleier er til stede, har øyekontakt, lytter aktivt og setter seg ned med pasienten. Det andre hovedelementet er å vise omsorg. At sykepleieren respekterer og forstår det pasienten sier er svært viktig. Fysisk kontakt, for eksempel å sette seg på sengekanten til pasienten, ble godt tatt i mot av pasientene. Andre små ting som å holde pasienten i hånden vil også hjelpe å styrke forholdet mellom pasient og pleier, og vil bedre kommunikasjonen. Det tredje hovedelementet er å forstå pasientens frykt. Sykepleier må la pasienten snakke om frykten de føler, og være der for pasienten. Sykepleier må ha evne til å berolige pasienten, samtidig som at hun må ha forståelse. Det siste hovedelementet er å balansere håp og ærlighet når informasjon gis. Relevant informasjon må gis til pasientene, og de må ikke føle at sykepleier holder noe hemmelig for dem. Dette er

viktig for forståelse av sin egen sykdom. Sykepleier må unngå å gi falskt håp, og heller være ærlig. Samtidig må sykepleier jobbe aktivt for å øke håpet hos pasienten.

ARTIKKEL 5

Tittel: Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life.

Forfatter: John (2010)

Hensikt: Å beskrive egenomsorg strategier som lungekreft pasienter kan bruke for å øke egen livskvalitet.

Metode og målgruppe: Kvalitativ studie som brukte intervju som metode. 10 pasienter med lungekreft var deltakere, og ble intervjuet en og en. Alle deltakerne var over 21 år.

Funn: Forskerne snakket først med pasientene om hva som var livskvalitet for dem. De kom dermed frem til at muligheten til å leve sitt normale liv er det viktigste for dem. Bare små ting som å komme seg opp om morgenen og klare seg selv, ble satt stor pris på. Ellers sa mange av deltakerne at livskvalitet handlet også om mye mer en bare dette. Livskvalitet blir beskrevet som et flerdimensjonalt begrep, som innebærer både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle aspekter. Når det gjelder egenomsorg, kom det frem at det er mange ting pasientene kan gjøre for å øke egen livskvalitet. En av deltakerne sier at støtte er det viktigste. Støtte fra familie, venner, støttegrupper og helsepersonell var med på å øke livskvaliteten. Det at de får være hjemme og få behandling var også svært viktig. Ellers kom det frem at bønn hjalp flere. Troen på Gud fikk dem til å sette pris på livet sitt, og å føle seg nær til Gud. En annen sak var å balansere hvile og aktivitet, noe alle deltakerne hadde fått beskjed om å gjøre. Det kom frem at selv om de hvilte lenge, så var de enda plaget av fatigue. Dette var et av de største problemene som førte til redusert livskvalitet, og noe de ønsket å kunne kontrollere selv.

ARTIKKEL 6

Tittel: Coping with and factors impacting upon the experience of lung cancer in patients and primary carers.

Forfattere: Ellis, Williams, Wagland, Bailey & Molassiotis (2013).

Hensikt: Hensikten med studien er å finne ut hvordan pasienter med lungekreft mestrer sin sykdom og vanskelige faktorer som følger med sykdommen.

Metode og målgruppe: Studien er en kvalitativ studie som har brukt intervju som metode. 37 pasienter med lungekreft, samt 23 pårørende var deltakere i studien. Deltakerne som var pasienter hadde en gjennomsnittsalder på 69.4 år.

Funn: Studien fant ut at pasientene bruker vidt forskjellige mestringsstrategier for å takle sykdommen. Noen valgte å akseptere situasjonen som den var, noen var i en benektelsesfase, noen hadde en positiv innstilling og var klare for å kjempe, noen unngikk temaet helt og distraherete seg selv, noen søkte masse informasjon om diagnosen, og noen kjempet for å opprettholde normaliteten i livet sitt. Studien kom frem til nøkkelfaktorer som har en innvirkning på livskvaliteten til pasienter med lungekreft. Disse nøkkelfaktorene var håp, et sosialt nettverk, tidligere erfaringer med kreft eller andre kroniske sykdommer, mestringsstrategier, endret symptombilde og helsepersonells holdninger. Det kommer også frem at det er svært viktig at helsepersonell anerkjenner pasientenes bekymringer og symptomer, da det fører til økt livskvalitet.

ARTIKKEL 7

Tittel: How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for a ward design.

Forfatter: Rowlands & Noble (2008).

Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive hvordan sykehusmiljøet påvirker kreftpasientens livskvalitet.

Metode og målgruppe: Kvalitativ studie som har brukt intervju som metode. 12 pasienter var deltakere, og deltakerne hadde vært innlagt på sykehus i minst 3 dager.

Funn: Studien har 4 hovedfunn. Det første er at flere singelrom reduserte lydnivået, smittefaren og bedre opprettholdelse av taushetsplikten med tanke på å diskutere informasjon. På en annen side svarte flere av deltakerne at de foretrakk doble eller firemannsrom, da det

førte til at de følte seg mindre isolerte og alene. Det andre var at visuell kontakt med naturen kan forbedre stress og redusere smerte. Det tredje var at god tilgang til sosial støtte kan redusere stress og forbedre pasientens tilstand, og det siste er at god kommunikasjon med helsepersonellet kan redusere angst og forbedre pasientens tilstand. Kommunikasjonen bør utføres på enerom, da effekten vil bli bedre for pasienten.

4.2 OPPSUMMERING AV ARTIKLER

Hovedfunnene i forskningsartiklene viser at mange faktorer spiller inn på livskvaliteten til pasienter med lungekreft i palliativ fase. Alle artiklene legger vekt på viktigheten av de sosiale behovene, og hvor viktig det er med god kommunikasjon og opplevd støtte. Ellers kommer det tydelig frem at det eksistensielle er av stor betydning for mange, og at følelser som usikkerhet og håp spiller en stor rolle. Mange lungekreftpasienter legger vekt på at det er viktig å ha muligheten til å leve et normalt liv, på tross av sykdommen.

5.0 HVORDAN KAN EN SYKEPLEIER BIDRA TIL Å ØKE LIVSKVALITETEN HOS PASIENTER MED LUNGEKREFT I PALLIATIV FASE?

I denne delen av oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i funnene i forskningsartiklene, og drøfte dem opp imot litteraturen og Joyce Travelbees sykepleieteori. Temaene jeg vil ta opp her er følgende: kommunikasjon, håp, trygghet, betydningen av miljøet, hvordan sykdom truer identiteten og eksistensielle behov. Temaene skal drøftes for å komme frem til ett svar på problemstillingen: Hvordan kan en sykepleier bidra til å øke livskvaliteten hos pasienter med lungekreft i palliativ fase?

5.1 DEN GODE RELASJONEN OG SAMTALEN

Som sykepleier må en ha evne til å skape en god relasjon med pasienten. For at sykepleieren skal klare å yte god hjelp og bidra til forandring, må en ha evne til å lytte, til å forstå den andre og til å skape en god arbeidsallianse (Eide & Eide, 2005, s. 125). Lorentsen & Grov (2011, s. 401) mener at det er spesielt viktig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient for å fremme livskvalitet hos kreftpasienter.

Som nevnt i teoridelen, er pasientene ofte preget av angst og depresjon i den palliative fasen. Det er derfor ekstra viktig med kommunikasjon og et godt forhold mellom pasient og sykepleier, fordi støttende samtaler er blant de viktigste hjelpemidlene mot angst og depresjon (Kvaal, 2013, s. 392). Rustøen (2002, s. 92) skriver at sykepleieren må diskutere negativ tenkning med pasienten, samt hjelpe pasienten med å sette seg mål for fremtiden. Dette er viktig for å hjelpe pasienten i å komme ut av en deprimert fase. Kvaal skriver videre at en lindrende samtale vil lindre den psykiske smerten, og at det kan utføres ved å fastsette et tidspunkt i nær framtid for en mer utdypende samtale. Det er også viktig med en bekreftende samtale, som vil innebære at pasienten kan snakke fritt om hva som helst. Pasienten skal få bekreftelse på sin opplevelse og sin situasjon, og på at det han eller hun opplever og forteller er viktig (Kvaal, 2013, s. 392-393). Stajduhar et.al (2010) er enige i dette, og skriver at ved å la pasienten fortelle om sin opplevelse, vil pasienten bli anerkjent og pasientens opplevelse blir bekreftet.

Stajduhar et.al (2010) beskriver viktigheten av tid i sin forskning. Pasientene legger vekt på at de er klar over at sykepleiere ikke alltid har god tid, men at det er viktig at sykepleierne bruker den tiden de har på en god måte. Sykepleierne må ha en tilstedeværelse under samtalen. Deltakerne i studien vektla at sykepleier måtte ha direkte øyekontakt, bruke aktive lytteteknikker, sette seg ned istedenfor å stå, og ikke vise at de hadde dårlig tid verken verbalt eller non-verbalt. Travelbee (2011) beskriver dette som å sette den andre i fokus. Hun vektlegger at sykepleieren må være fullt og helt til stede både psykisk og fysisk, for å gi pasienten udelt oppmerksomhet. Deltakerne i Stajduhar et.al (2010) sin forskning sier at de trenger å føle at sykepleieren har all tid i verden til akkurat dem. Eide & Eide (2005) skriver at sykepleieren må tydeliggjøre tidsrammen, da det vil føre til at man bruker tiden på en god måte og unngår at samtalen flyter ut og at man ikke kommer til poenget. Eide & Eide vektlegger også aktiv lytting, og skriver at aktiv lytting er den viktigste ferdigheten i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. For å være en aktiv lytter, kan en for eksempel gi små verbale oppmuntringer for å vise at man er til stede og for å vise at man følger med, stille oppfølgingsspørsmål og bruke nonverbal atferd som viser at en er oppmerksom på den man prater med (Eide & Eide, 2005, s. 25).

Johansson, Axelsson & Danielson (2009) skriver at relasjonen mellom sykepleier og den palliative pasienten må være positiv, og det må være en felles forståelse for situasjonen. Studien viser at dersom sykepleiere har positive samtaler med dem, så vil det føre til at pasientene selv blir positive og livskvaliteten øker. Dette blir støttet av Rowlands & Noble (2008), som skriver at det er viktig for pasientene at sykepleierne er i godt humør og kan få dem til å le. Stajduhar et.al (2010) sier seg også enige i dette, og skriver at godt humør hos sykepleierne kan være gunstig og oppmuntrende for pasientene. På en annen side, skriver de at det også kan være upassende. Det kan føre til at pasientene føler at de er uviktige, og at de ikke blir hørt. Johansson et.al (2009) skriver at sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter kan bli sett på som utilstrekkelige på grunn av at de bare småprater med pasienten, men i kreftomsorg er det svært viktig å ha tilfeldige samtaler for å gi en positiv atmosfære. Denne typen samtale skaper ett menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (2011) vektlegger også dette i sin teori. Hun beskriver at et menneske-til-menneske forhold er nødvendig for å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. I et menneske-til-menneske-forhold blir begge parter sett på som et unikt individ, i motsetning til pasient-til-sykepleier-forhold hvor pasienten blir sett på som en sykdom, et romnummer eller som jobben til sykepleieren, og hvor sykepleieren blir sett på som personifikasjonen av alle sykepleiere. Stajduhar et.al (2010) støtter også dette, og

skriver at pasientene trenger å føle seg mindre som ”ett romnummer” og mer som ett interessant og viktig menneske for å få tillit til sykepleieren. De skriver at sykepleieren skal behandle alle pasienter som om de er den viktigste pasienten, slik at de føler seg prioritert og beroliget. Johansson et.al (2009) skriver at sykepleierne må bli ansett som vanlige mennesker, som er positive og har kontroll over situasjonen. Pasientene må føle at de kjenner sykepleierne, og på denne måten vil de føle en trygghet på at de vet hvem de skal snakke med dersom de lurer på noe. Anvik (1996, s. 17) skriver at en mellommenneskelig tilnærming til pasienten er nøkkelen til å gi god psykologisk støtte.

5.2 SYKEPLEIERENS BETYDNING FOR STØTTE

Et av hovedfunnene som går igjen i flere av artiklene, er betydningen av støtte for å fremme livskvalitet hos pasienter i palliativ fase. Støtte fra familie og venner var det aller viktigste, men støtte fra helsepersonell ble også sett på som et svært viktig punkt. Berterö, Vanhanen & Appelin (2008) skriver at støtte fra sykepleiere er en viktig faktor som påvirker hvordan sykdommen og behandlingen blir oppfattet. Videre skriver de at pasientene føler seg trygge på at helsepersonell har kunnskaper, og at helsepersonell alltid er tilgjengelige for å gi støtte til dem. Renolen skriver også at den faglige kompetansen til helsepersonell bidrar til trygghet hos pasienten. Pasienten har ofte et behov for å samtale om hvordan situasjonen oppleves og hvilke tanker de har omkring det. Pasientene vil ikke alltid dele slike tanker med sine pårørende, og helsepersonell må derfor være tilgjengelig for å lytte til pasienten. Slike samtaler kan være av stor betydning (Renolen, 2010, s. 176). Rustøen skriver at å ha et sosialt nettverk er betydelig for livskvaliteten, og at pleiepersonalet kan få en sentral rolle i å være pasientens støtte. Helsepersonells rolle kan være svært betydningsfull, enten fordi at pasienten ikke har noen nære pårørende, eller fordi nettverket må erstattes for en periode (Rustøen, 2002, s. 87-88). Stajduhar et.al (2010) skriver at det er viktig at sykepleier viser omsorg for å betrygge pasienten. Små gester som å holde pasienten i hånda eller sette seg på sengekanten ”åpnet døra” til støttende kommunikasjon.

Berterö et.al (2008) skriver at pasienter som opplever sosial støtte, vil oppleve mindre angst og depresjon, samt ha lengre overlevelse og kunne tilpasse seg bedre. Her ser en tydelig hvor viktig det er å være en støtte for pasienten. Anvik (1996, s. 17) mener at psykologisk støtte danner selve grunnlaget for forholdet mellom pasient og helsepersonell.

I tillegg til at sykepleieren selv må være en støtte for pasienten, er det også viktig at hun forklarer viktigheten av å ha familie og venner nært. Prince-Paul (2008) skriver at sykepleiere har en mulighet til å forklare pasienten hvor viktig det er med sosial støtte fra nære familiemedlemmer og venner. Rustøen skriver at pasienter kan ha behov for å motiveres til å opprettholde sine sosiale bånd. Det kan være vanskelig for pasienten å føle på at en ikke kan gjøre noe for andre, fordi de er hjelpeløse selv. Det kan også hende at pasienten har kommunikasjonsproblemer. Sykepleierens rolle kan da bli svært viktig, for å hjelpe pasienten til å uttrykke følelser og få en samtale gående (Rustøen, 2002, s. 90).

5.3 KOMMUNIKASJON FOR Å FREMME HÅP

Berterö et.al (2008) skriver at lungekreftpasienter blir kastet mellom fortvilelse og håp. På en side er diagnosen forferdelig og sjokkerende, men på den andre siden er det alltid håp. Det er i min mening derfor et svært viktig sykepleietiltak å jobbe med å fremme håp hos pasienten. Travelbee (2011) skriver at sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet, og unngå håpløshet. Dersom pasienten opplever håpløshet, må sykepleieren hjelpe ham til å gjenvinne håp.

Berterö et.al (2008) skriver at lungekreftpasienter trenger å føle en viss form for kontroll over situasjonen og sin egen kropp. Det vil føre til en følelse av å klare seg selv, og dermed vil de oppleve håp. Selv om utfallet av sykdommen er usikkert, så opplever de håp om at behandlingen vil forlenge livet deres. Håp om å få tid til å nyte livet fører også til økt livskvalitet. Rustøen (2002, s. 101) er enig i dette, og skriver at dersom pasienten evner å ta vare på seg selv så vil det aktivisere håpet. Det er derfor viktig at sykepleieren oppmuntrer pasienten til å bruke sine egne ressurser.

Ellis, Williams, Wagland, Bailey & Molassiotis (2013) beskriver også betydningen av håp i sin forskningsartikkel. Deltakerne i denne studien uttrykker at det som holder håpet oppe, er muligheten for en kur, og forlengelse av livet. Selv om de forstod at sjansen for en kur var minimal, var det fremdeles håp. Travelbee (2011) beskriver dette som et magisk håp. Et magisk håp er et håp der sannsynligheten for å få det i oppfyllelse er svært lavt, noe personen selv også forstår. Selv om det er så usannsynlig, er det en deilig følelse å ha.

Stajduhar et.al (2010) skriver at det er svært viktig at sykepleieren skaper og støtter håp, ikke nødvendigvis falskt håp om en kur – men om muligheten til å leve ett godt liv frem mot

døden. Videre skriver de at noen pasienter mener falskt håp er det verste de kan få, mens andre pasienter mener det er gunstig. Sykepleieren må fokusere på å balansere ærlighet og håp. Informasjonen som gis må være positiv, men ikke urealistisk. Denne hårfine balansen kan være vanskelig, men er svært viktig, spesielt når prognosen er dårlig. Berterö et.al (2008) skriver også om denne balansen. Som helsepersonell har vi muligheten til å gi håp, uten å gi urealistiske forventninger.

Rustøen (2002, s. 97, 108) skriver at også religion og bønn kan være en viktig del i å støtte håpet, fordi tro og håp er nært knyttet sammen. Prince-Paul (2008) skriver i sin forskningsartikkel at etter en kreftdiagnose kan tanker og meninger om Gud eller annen høyere makt endres, og få en større betydning i livet. Alle deltakerne i denne studien beskrev forholdet til en høyere makt som noe personlig og positivt, som hadde en positiv innvirkning på deres livskvalitet. Dette kommer også frem i John (2010) sin forskning. Viktigheten av bønn ble identifisert som en strategi for å forbedre livskvaliteten, samt at støtte fra religiøse grupper hadde stor betydning. Lorentsen & Grov (2011, s. 428) sier seg enige og skriver at pasienter i palliativ fase kan få en forsterket religiøs forankring. Anvik (1996, s. 115-116) skriver at det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på pasientens religiøse syn. Hun kan samtale med pasienten om dette, eller foreslå at pasienten får snakke med med prest.

5.4 TRYGGHET

Berterö et.al (2008) skriver at usikkerheten rundt lungekreftdiagnosen og for fremtiden er en faktor som påvirker livskvaliteten negativt, fordi det fører til angst. De skriver at helsepersonell må jobbe med å redusere utryggheten, ved å gi klar informasjon og gi pasienten tid til å spørre og snakke om sykdommen. Dette blir også bekreftet av Travelbee (2011) som skriver at det er en direkte sammenheng mellom angstnivå og graden av oppfyllelse av behovet for informasjon og sikkerhet/trygghet. Segesten (2011, s. 130-131) skriver at utrygghet er en følelse av fare, pasienten føler seg ofte alene og uroer seg for et uverdigg liv, har ikke kontroll over kroppen eller behandlingen, og har mistro til helsepersonellet. For at pasienten skal oppleve trygghet, spiller helsepersonellet en stor rolle. Vennlighet, tålmodighet, interesse og hjelpsomhet er viktige kvaliteter hos sykepleieren for å fremme trygghet hos pasienten. Segesten legger i likhet med Berterö et.al vekt på å gi klar informasjon, og at helsepersonellet må unngå å snakke over hodet på dem. Lorentsen & Grov (2011, s. 414) skriver at mye av informasjonen som gis til kreftpasienter ikke blir oppfattet,

og det kan derfor være nødvendig å gjenta informasjonen senere. Det er derfor viktig at sykepleier finner ut hvilket informasjonsbehov pasienten har. Samtidig legger de vekt på at relasjonen mellom pasienten og den som gir informasjon er av betydning, fordi informasjonen som gis til kreftpasienter kan medføre sterke emosjonelle reaksjoner.

5.5 BETYDNINGEN AV MILJØET

Rowlands & Noble (2008) skriver at sykehusmiljøet har en innvirkning på kreftpasientens psykologiske, sosiale og spirituelle faktorer, og dermed påvirker miljøet livskvaliteten.

Travelbee (2011) skriver at å bli lagt inn på sykehus er å få dagliglivet drastisk endevendt, og sykehusoppholdet består av kjedsomhet og ensformighet. Det er derfor i min mening naturlig at livskvaliteten kan bli dårligere ved sykehusinnleggelse, og derfor er det viktig å jobbe med å gjøre oppholdet så bra som mulig for pasienten.

Segesten (2011, s. 129) skriver at sykehusmiljøet kan være truende i form av glatte gulv og risiko for infeksjoner, og at det er viktig at noe gjøres for å forbedre disse farene. Rowlands & Noble (2008) skriver først og fremst i sin forskning at miljøet må være rent og lyst, og ha en fin utsikt. Det vil føre til at pasientene føler seg bedre og det vil øke livskvaliteten.

Rowlands & Noble (2008) skriver videre de at det må være ett vennlig miljø, i den forstand at medpasienter og helsepersonell er hyggelige og er tilgjengelige for å gi støtte. Det er viktig for pasientene å kunne gi og få støtte til andre pasienter. Det fører til at de føler seg mindre isolerte, og at de klarer å mestre sin egen sykdom bedre. Kommunikasjon med andre pasienter fører til at empatien blir bedre, fordi de kan forstå hverandres situasjon. Lorentsen & Grov (2011, s. 416) mener også at medpasienter kan være god støtte for pasienten. Medpasienter vil forstå ham på en annen måte, fordi de går igjennom det samme selv. Renolen (2010, s. 177) kaller dette for likemannsstøtte, og hun skriver at medpasienter har erfaring med sykdommen selv og vet derfor hva det går i. Erfaring og kunnskap fra medpasienter kan være en viktig informasjonskilde for pasienten. På en annen side skriver Lorentsen & Grov at medpasienter ha nok med seg selv, og vil ikke dele tanker og følelser med andre pasienter (Lorentsen & Grov, 2011, s. 416). Rowlands & Noble (2008) skriver at flermannsrom kan være gunstig for kreftpasienter, på grunn av økt støtte fra medpasienter.

Rowlands & Noble (2008) skriver videre i sin forskning at pasienter bør få velge om de vil ligge på enerom eller flermannsrom. Noen pasienter kan ha behov for enerom av ulike

grunner, blant annet at de er veldig syke og ikke ønsker at andre pasienter skal se dem, eller fordi det tilbyr privatliv. Dersom pasientene var i form til det, foretrakk de å ligge på flermannsrom. Dette fordi de da opplevde økt støtte, økt livskvalitet og følte seg mindre isolert og mindre alene i situasjonen. Av erfaring vet jeg at det kan være vanskelig å la pasienten få velge selv, da avdelingene på sykehuset ofte er fulle og det går ikke alltid opp i opp. Det kan derfor være vanskelig å få ønsker fra pasientene i oppfyllelse, men jeg synes at det er viktig at sykepleier tenker igjennom hvem de plasserer sammen på rommene. Segesten (2011, s. 130) skriver også at personalet bør tenke over hvem de plasserer sammen på flermannsrom.

5.6 PASIENTENS ROLLE OG IDENTITET

Prince-Paul (2008) skriver i sin forskningsartikkel at kreftpasienter i palliativ fase ofte vil føle at deres identitet, roller og håp for fremtiden er truet, og disse faktorene påvirker livskvaliteten negativt. Deltakerne beskriver at deres identitet forandres, fordi utseendet har endret seg så mye på grunn av diagnosen. Renolen (2010, s. 126) er enig og skriver at kroppsendringer kan føre til forandringer i rolle og identitet. Lorentsen & Grov (2011, s. 426) skriver også at endret utseende fører til endret kroppoppfatning hos pasienten, og at disse endringene kan brukes som et tegn på at døden nærmer seg. De legger vekt på at sykepleieren må være bevisst på sin egen væremåte i møte med disse pasientene. Pasientene trenger bekreftelse på at de er mer enn bare en syk kropp, og det er derfor viktig at sykepleieren lytter til pasienten og svarer bekræftende. Det vil kunne styrke selvbilde til pasienten. Vik, Linge & Bredland (2012, s. 112) mener at sykepleieren må hjelpe pasienten til å finne de ressursene og mulighetene pasienten har, for å bidra til å styrke selvbildet. Eide & Eide (2005, s. 256) er også enige i dette. Sykepleieren må kunne se den andres ressurser, og prøve å omdefinere pasientens negative tanker til noe positivt. Pasienten trenger ofte å få hjelp til å se seg selv i ett nytt lys.

Prince-Paul (2008) sin forskning beskriver at ingen av deltakerne i studien føler seg selvstendige lenger. Dette fordi de trenger mer hjelp enn før, og klarer ikke å fungere som normalt. De beskriver at å beholde en viss normalitet i livet er svært viktig for å øke livskvaliteten. Alle deltakerne i Johns (2010) studie, sier at selvstendighet har en stor innvirkning på livskvaliteten. Det samme blir også beskrevet i Berterö et.al (2008) sin forskning. Lorentsen & Grov (2011, s. 415) mener at sykepleieren må oppmuntre pasienten i

en slik situasjon. Pasienten trenger oppmuntring til å ha tro på seg selv og sine evner for å klare å mestre hverdagen best mulig.

Deltakerne i Berterö et.al sin studie forklarer viktigheten av å leve livet som normalt. På tross av at livet er annerledes enn før, vil de leve som de gjorde før diagnosen. Å klare å leve livet som før, førte til en trygghet og en følelse av kontroll. De synes at det er vanskelig å spørre om hjelp, og det er vanskelig å innrømme for seg selv hvor syke de faktisk er. De trenger å føle seg nyttige og viktige (Berterö et.al, 2008). Johansson et.al (2006) støtter dette. Det å føle seg nyttig er en positiv følelse, og en følelse som hadde vært i livet deres før diagnosen. Følelsen fører til økt selvtillit og økt livskvalitet. Travelbee (2011, s. 228) beskriver sykepleierens rolle i dette arbeidet, og mener at sykepleieren må hjelpe pasienten til å akseptere sykdommen og til å leve et fullt og rikt liv til tross for de begrensningene som sykdommen medfører.

6.0 AVSLUTNING

Den foreliggende litteraturstudien viser at for å øke livskvaliteten til pasienter med lungekreft i palliativ fase, må sykepleieren først og fremst skape en god relasjon til pasienten ved å skape en menneske-til-menneske relasjon hvor sykepleieren ser pasienten som et unikt individ. Relasjonen må være positiv i den forstand at sykepleieren er i godt humør, og pasienten må føle seg prioritert og viktig. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er noe av det viktigste i arbeidet med å øke livskvaliteten til lungekreftpasienter i palliativ fase. I tillegg vil en god relasjon dempe angst og depresjon, noe som igjen fører til økt livskvalitet. Når det er skapt en god relasjon, vil sykepleieren bli en viktig støtte for pasienten. Spesielt ved innleggelse på sykehus er sykepleieren en viktig støtte for pasienten, fordi sykepleieren kan erstatte familie og venner som støtte for en liten periode. Pasienter som opplever sosial støtte vil oppleve mindre angst og depresjon, ha lengre overlevelse og vil kunne tilpasse seg bedre, og dermed økes livskvaliteten. Sykepleieren må også jobbe med å skape og støtte håp hos pasienten. Dersom pasienten opplever håp vil livskvaliteten øke. Sykepleieren må derfor finne en balanse mellom ærlighet og håp, for å kunne skape håp hos pasienten uten å skape urealistiske forventninger. Det er også viktig at sykepleieren er oppmerksom på pasientens religiøse syn, da tro og håp henger sammen. Sykepleieren må kartlegge pasientens religiøse syn, da tro og bønn kan ha stor innvirkning på pasientens livskvalitet. Trygghet er også svært viktig for å øke livskvaliteten. Utrygghet kan føre til angst og nedsatt livskvalitet, og det er derfor en viktig sykepleieroppgave å jobbe med å fremme trygghet hos pasienten. Det innebærer å kartlegge pasientens informasjonsbehov og gi klar informasjon til pasienten. Sykepleieren må også tenke over selve sykehusoppholdet. Ett sykehusopphold kan i seg selv påvirke pasientens livskvalitet negativt, og sykepleieren må derfor gjøre oppholdet så bra som mulig. Å sørge for at miljøet er lyst og rent er viktig, samt å tenke over hvilke pasienter som ligger sammen på pasientrommene. Medpasienter kan være svært viktig for lungekreftpasienter, da de kan være en stor støtte for dem. Det å ligge på flermannsrom kan derfor være positivt, ved at pasientene forstår hverandres situasjon og dermed opplever støtte og føler seg mindre isolert. Ellers er det viktig at sykepleieren jobber med å styrke selvbildet til pasienten, finner pasientens ressurser, oppmuntrer og hjelper pasienten til å akseptere seg selv. Dette er viktig fordi lungekreftpasienter kan føle at deres rolle, identitet og kroppsbilde forandres pga. diagnosen, og slike sykepleietiltak vil bidra til å øke pasientens livskvalitet.

REFERANSELISTE

- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B.H. & Sorknæs, A.D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4. Utg., s. 107-164). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Anvik, V.H. (1996). *Ved livets slutt – omsorg for den kreftsyke og familien i hjemmet*. Oslo: TANO AS.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2012). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. (1. Utg., s. 123-145). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berterö, C., Vanhanen, M. & Appelin, G. (2008). Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. *Acta Oncologica*, 47 (5). 862-869. DOI: 10.1080/02841860701654333.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2005). *Kommunikasjon i praksis - relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellis, J., Williams, M.L., Wagland, R., Bailey, C. & Molassiotis, A. (2013). Coping with and factors impacting upon the experience of lung cancer in patients and primary carers. *European Journal of cancer care*, 22. 97-106. DOI: 10.1111/ecc.12003.
- Grov, E.K. (2011). Å bli pasient og hjelpetrengende. I I.M. Holter & T.E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. (4.Utg., s. 51-68). Oslo: Akribe.
- Johansson, C.M., Axelsson, B. & Danielsjon, E. (2006). Living with incurable cancer at the end of life – patients perceptions on quality of life. *Cancer Nursing*, 29 (5). 391-399.
- John, L.D. (2010). Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. *Oncology nursing forum*, 37 (3). 339-347. DOI: 10.1188/10.ONF.339-347.

- Karoliussen, M. (2002). *Sykepleie – tradisjon og forandring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvaal, K. (2013). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg for den gamle pasienten*. (1. Utg., s. 383-394). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lerdal, A. & Grov, E.K. (2011). Aktivitet. I I.M. Holter & T.E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. (4. Utg., s. 640-658). Oslo: Akribe.
- Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 2*. (4. Utg., s. 401-438).
- Mjell, J. (2012). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. (1. Utg., s. 209-242). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk Helseinformatikk (2013, 6. Januar). *Lungekreft*. Hentet 6. Januar 2016 fra: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kreft/lungekreft-2141.html>
- Norsk Sykepleierforbund (2014, 12. Oktober). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 12. Januar 2016 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2013). *Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prince-Paul, M. (2008). Understanding the meaning of social well-being at the end of life. *Oncology nursing forum*, 35 (3) 365-371. DOI: 10.1188/08.ONF.365-371.
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rowlands, J. & Noble, S. (2008). How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliative medicine*, 22. 768-774. DOI: 10.1177/0269216308093839.

- Rustøen, T. (2002). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rustøen, T. (2011). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. (3. Utg., s. 29-55). Oslo: Akribe.
- Segesten, K. (2011). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. (3. Utg., s. 125-136). Oslo: Akribe.
- Stajduhar, K.I., Thorne, S.E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of clinical nursing*, 19. 2039-2047. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Utne, I. (2011). Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft. I U. Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. (3. Utg., s. 244-261). Oslo: Akribe.
- Vik, K., Linge, O.A. & Bredland, E.L. (2012). *Det handler om verdighet og deltakelse – verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Winther, B. & Madsen, K.H. (2006). Lindrende sygepleje – en begrebsafklaring. *Vår i Norden*, 26 (4) 41-43.

VEDLEGG I: SØKEOVERSIKT

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Artikkelfunn	Artikkeltype	År
02/02-2016	Ovid Medline	Cancer AND quality of life And palliative care	141	Living with incurable cancer at the end of life – Patients perceptions on quality of life.	Kvalitativ	2006
02/02-2016	PubMed	End of Life AND social well-being	762	Understanding the meaning of social well-being at the end of life.	Kvalitativ	2008
02/02-2016	PubMed	Lung Cancer AND quality of life AND patient perspective	95	Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients perspectives of how it affects their life situation and quality of life	Kvalitativ	2008
27/01-2016	Cinahl	Advanced Cancer AND Communication AND patients	15	Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer.	Kvalitativ	2010
03/01-2016	PubMed	Lung Cancer AND quality of life AND self-care	48	Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life	Kvalitativ	2010
03/01-2016	PubMed	Lung Cancer AND patients experience AND coping	15	Coping with and factors impacting upon the experience of lung cancer in patients and primary carers.	Kvalitativ	2013
03/01-2016	PubMed	Advanced cancer patients AND quality of life AND qualitative study	44	How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design.	Kvalitativ	2008

VEDLEGG II: SJEKKLISTE

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

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

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

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

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

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

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

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	
--	--

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

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	<p>Kommentar:</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	<p>Kommentar:</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p>
--	--------------------------