

Bachelorgradsoppgave

Lungekreftpasienters symptomopplevelse i en palliativ fase

Symptom experience in patients with lung cancer during a palliative phase

Å leve best mulig til tross for symptomene dyspné og angst

Living as usual despite the symptoms dyspnea and anxiety

Monica Kongestøl Blokkum

Janne Helgemo

Antall sider: 28

Antall ord: 10 426

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie 2013

Helsefagutdanningen ved HiNT Levanger

Kull 2010

Abstrakt

Introduksjon: Hensikten med dette litteraturstudiet var å undersøke hvordan pasienter med lungekreft i en palliativ fase opplever symptomene dyspné og angst, og hvordan denne opplevelsen påvirker deres hverdag.

Metode: Dette er en allmenn litteraturstudie basert på resultater innhentet fra 13 forskningsartikler. Forskningsartiklene er funnet gjennom databasesøk i databasen Medline.

Resultat: Symptomopplevelsen hos pasienter med lungekreft er kompleks, og påvirkes av mange symptomer som opptrer samtidig i en palliativ fase. Dyspné oppleves som ubehagelig og vanskelig å håndtere. Dyspné begrenser livsutfoldelsen til pasientene som igjen kan skape isolasjon. Angst kan være en normal respons på å få en ikke-kurativ kreftsykdom, samtidig som at det kan være direkte og indirekte knyttet til andre symptomer. Pasientenes symptomopplevelse kan bedres med ulike mestringsstrategier, og påvirkes av deres evne til å mestre. Ubehagelig symptomopplevelse hos pasienter med lungekreft gir stor sannsynlighet for at pasientene føler mangelfull tilfredsstillelse av behov.

Konklusjon: Pasienter med lungekreft bør få hjelp til å oppnå kontroll over egen situasjon for å kunne mestre symptomopplevelsen. Symptomopplevelsen er individuell og subjektiv, noe som må tas hensyn til ved tilnærmingen av pasienter med lungekreft i en palliativ fase.

Nøkkelord: Lungekreft · Palliativ pleie · Symptomopplevelse · Dyspné · Angst · Pasientperspektiv

Abstract

Introduction: The purpose of this study of literature was to investigate how patients with lung cancer in a palliative phase experience the symptoms of dyspnea and anxiety, and how this experience affect their every day lives.

Methods: This is a general study of literature based on the results gathered from 13 scientific articles. The articles have been found through searches in the "Medline" database.

Results: The patients' experience of the symptoms of lung cancer is complex, and is affected by many symptoms that acts within a symptom cluster in a palliative phase. Dyspnea is perceived as unpleasant and difficult to handle. Dyspnea limits the patient's self-expression and can create isolation. Anxiety can be a normal response to a non-curative cancer, at the same time as it can be directly and indirectly connected to other symptoms. The patients experience of the symptoms can improve through various coping strategies, and is affected by their ability to cope. An unpleasant symptom experience in a patient with lung cancer reports that there is great probability that they could experience a high burden of unmet needs.

Conclusion: Patients with lung cancer should be helped in achieving control over their own situation in order to be able to cope with the symptom experience. The symptom experience is individual and subjective, some which must be taken into consideration when approaching a patient with lung cancer in a palliative phase.

Keywords: Lung cancer · Palliative care · Symptom experience · Dyspnea · Anxiety · Patient perspective

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Introduksjon	1
1.1 Lungekreft.....	1
1.1.1 Symptomer	2
1.2 Mestring	3
1.3 Hensikt.....	3
2.0 Metode	5
2.1 Litteratursøk	5
2.2 Gransking og analyse av forskningsartikler	6
2.3 Eksempel på framgangsmåte ved funn av studiens kategorier	8
2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.5 Etske overveielser.....	9
3.0 Resultat	10
3.1 Pasienters opplevelse av angst og dyspné	10
3.1.1 Sammenheng mellom ulike symptomer	11
3.1.2 Faktorer som påvirker symptomopplevelsen.....	11
3.2 Mestring	13
3.3 Forholdet mellom pasienters behov, angst og dyspné	14
4.0 Diskusjon	15
4.1 Resultatdiskusjon.....	15
4.1.1 Pasienters opplevelse av dyspné.....	15
4.1.2 Pasienters opplevelse av angst.....	16
4.1.3 Betydning av behandling	17
4.1.4 Pasienters livsutfoldelse trues.....	19
4.1.5 Pasientenes opplevelse av symptomenes gjensidige sammenheng	19
4.1.6 Demografiske og helserelevante faktorer som innvirker på symptomopplevelsen	20
4.1.7 Mestring av symptomopplevelsen	21

4.1.8 Mestringsstrategier	22
4.1.9 Symptomopplevelse og udekkede behov.....	24
4.2 Metodediskusjon	26
5.0 Konklusjon	28

Litteraturliste

Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 2: ESAS skjema

1.0 Introduksjon

Dette litteraturstudiet skal omhandle lungekreftpasienters symptomopplevelse i en palliativ fase. Beskrivelse av begrepet litteraturstudie er presentert i kapittel 2.0 Metode.

Antall krefttilfeller øker raskt med alderen, og mer enn tre firedeler av pasientene som får kreft, er over 55 år. Antallet vil komme til å øke med om lag 20 % fram mot år 2020. Årsaken til denne økningen er blant annet bedret diagnostikk, økt levealder og forandrede livsstilsfaktorer. Både økning i antall krefttilfeller og at det generelt sett blir flere eldre i befolkningen, vil stille store krav til sykepleietjenesten fremover, spesielt i kommunene (Lorentsen og Grov 2010). Derfor vil studien omhandle kreftsyke. Nærmere beskrivelse av valgt tema synliggjøres i kapittel 1.1 Lungekreft.

Det å bli rammet av en kreftsykdom påvirker hele mennesket, både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt (ibid). Studien har av den grunn tatt utgangspunkt i et pasientperspektiv. Dette vil kunne øke bevisstheten og kunnskapen rundt pasientens opplevelse, for så å kunne ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte. For å kunne bekrefte eller avkrefte antagelsen om at en forståelse av pasientopplevelsen er vesentlig for sykepleieutøvelsen, blir sykepleieperspektivet trukket inn i diskusjonsdelen.

1.1 Lungekreft

Kreft er en sykdom som begynner på molekylært og cellulært nivå, men som etter hvert setter i gang en flod av prosesser i en organisme. Kreft kan føre til skade på et enkelt organ, et organsystem og en hel organisme (Nome 2010) I 2010 ble det rapportert 28 271 nye krefttilfeller i Norge. Lungekreft forekommer som nest hyppigst blant kreftformene både hos menn og hos kvinner (kreftregisteret.no 2012). I Norge ble det rapportert om 1559 nye tilfeller hos menn og 1267 nye tilfeller hos kvinner. Samme år døde 1242 menn og 925 kvinner av sykdommen (Kreftregisteret.no 2013) Hver dag dør om lag 5 personer i Norge av lungekreft (Brunsvig 2010). På grunn av denne hyppigheten og den dårlige prognosen er det i denne studien lagt fokus på denne typen kreft. En annen årsak til valgt tema er at pasienter med langtkommen lungekreft kan være vanskelig og utfordrende å behandle på grunn av mange symptomer som er vanskelig å kontrollere. Disse symptomene kan også være med å påvirke til dårligere prognose (Leppert et al. 2011).

Lungekreft inndeles både etter celletyper og etter hvor langt sykdommen er kommet. Over 80 % av tilfellene er ikke-småcellet lungekreft (non small cell lung cancer), som utgjøres hovedsakelig av plateepitelkarsinom, adenokarsinom, storcellet karsinom og udifferensiert karsinom. I tillegg kommer noen sjeldne typer som behandles stort sett på samme måte. Ikke- småcellet lungekreft deles også inn etter hvor langt sykdommen har kommet med TNM-klassifisering. Her tar en hensyn til

tumorstørrelse (T), lymfeknuter (N) og metastaser (M). Under 20 % av lungekrefttilfellen er småcellet lungekreft (small cell lung cancer) som deles inn etter begrenset eller utbredt sykdom (Brunsvig 2010).

Hovedårsaken til lungekreft i vår del av verden er tobakksrøyking, som er ansvarlig for om lag 85-90 % av tilfellene. Andre faktorer som asbest, radon og kjemikalier virker også inn på forekomsten, men i mindre grad (ibid).

For de aller fleste pasienter med lungekreft vil ikke en kurativ behandling være mulig (ibid). Det vil si at de ikke er operable på grunn av svulstens sentrale plassering, fjernemetastaser eller innvekst i naboorganer, eller fordi pasienten er for svak på grunn av redusert lungefunksjon eller svekket allmenntilstand. Disse pasientene kan få palliativ behandling i form av strålebehandling og cytostatika. Laserbehandling eller stenting gis også palliativt ved inoperable svulster. Stenting gjennomføres fordi svulstene kan stenge sentrale deler av bronkialtreet (Jacobsen 2009). Målet med behandlingen vil da være lindring (Brunsvig 2010).

WHO's definisjon fra 2002 på palliativ behandling sier at

«Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual» (Kaasa 2007 s. 37)

1.1.1 Symptomer

Symptomer som dyspné (tungpusthet), fatigue (tretthet), smerter, angst, kakeksi (avmagring), søvnproblemer, obstipasjon og kvalme er vanlige symptomer hos pasienter med lungekreft, og opptrer sjelden alene (Brunsvig 2010). Det er valgt å fokusere på symptomene angst og dyspné. Grunnen til at det ikke er lagt vekt på alle symptomer skyldes ordbegrensning, selv om resterende symptomer er av stor betydning, og vil bli nevnt i oppgaven. Det viste seg også gjennom artikkelgransking at angst og dyspné var blant de symptomene som ble hyppigst nevnt, og at de påvirker hverandre (Chen et al. 2011).

Dyspné er en ubehagelig følelse av ikke å få nok luft. Hos pasienter med lungekreft kan dyspné ha flere ulike årsaker. Pusteproblemene oppstår som oftest av tumorfylling i lungene, atelaktase (lungevev med sammenpressede lungeblærer uten åndingsfunksjon), store mengder ekspektorat, pleuravæske eller dersom tumor klemmer av bronkier (Hoel og Lynes 2010, Nylena 2009). Mange pasienter uttrykker redsel for ikke å få puste. De er redde for å bli kvalt, og særlig for å få en

forferdelig død som følge av kvelning. Redselen og angsten for å kveles forsterkes over tid, samtidig som at angsten for døden bli mer virkelig. Angsten påvirker pusten og pasienten kommer inn i en ond sirkel som påvirker pustemønsteret (Hoel og Lynes 2010). Angst er når frykt oppstår tilsynelatende uten grunn. Angst er en kombinasjon av skrekkyfulte forestillinger eller ideer og plagsomme fysiske symptomer som åndenød, hjertebank, svetting og skjelving (Snoek og Engedal 2010).

Grunnet praktiske årsaker (bruk av ulike begreper i enkelte forskningsartikler) er det valgt å inkludere respiratoriske symptomer som tungpusthet, andpusthet og kortpusthet som en del av symptomet dyspné.

1.2 Mestring

Mestring defineres av Lazarus og Folkmann som

«kontinuerlig skriftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velvære» (Reitan 2010^b s.78).

Mestring kan ikke angis å være det samme som problemløsning. For enkelte problemer fins ingen løsning, kun mestringmuligheter. Mestring handler om hvordan mennesker møter vanskelige livssituasjoner (Reitan 2010^a). Mestringsstrategier tas i bruk for å kunne takle krav eller utfordringer. Mestringsstrategier har som formål å hjelpe personer til å bevare sitt selvbylde, finne mening og bevare personlig kontroll over de problemer og ytre og indre krav personen møter. Lazarus og Folkmann skiller mellom *problemorientert mestring* og *emosjonsorientert mestring*. *Problemorientert mestring* handler om forskjellige strategier for å løse et problem eller å håndtere en vanskelig situasjon. Personen stiller seg aktivt og direkte til problemet eller til det situasjonen gjelder ved bruk av problemorienterte strategier. *Emosjonsorientert mestring* omfatter strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen isteden for å endre selve situasjonen (Reitan 2010^b).

I følge Antonovsky er det avgjørende at en har en opplevelse av sammenheng i det som skjer (sense of coherence) for at mennesker skal kunne mestre livets utfordringer. For å oppnå «sense of coherence» i tilværelsen må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne løsninger og finne mening ved å finne løsninger (ibid).

1.3 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å redegjøre for opplevelsen av symptomer hos pasienter med lungekreft i en palliativ fase. Gjennom et systematisk litteratursøk av forskningsartikler er det ønskelig å oppnå en bedre forståelse av pasientenes opplevelse av symptomene. Det foreligger stor

interesse i denne studien å tilegne seg kunnskap om hvordan pasienter opplever dyspné og angst, og hva som påvirker denne opplevelsen. Det blir derfor hensiktsmessig å utforske hvordan de mestrer hverdagen, slik at den blir meningsfull og oppleves best mulig.

2.0 Metode

I en *allmenn litteraturstudie* beskrives og analyseres valgte studier på en systematisk måte. Formålet med en slik studie kan være å gjennomføre en beskrivende bakgrunn som motiverer til en empirisk studie, eller beskrive kunnskap innen ett visst område. En litteraturstudie innebærer altså å systematisk søke, kritisk granske og sammenligne litteraturen i et valgt emne eller problemområde (Forsberg og Wengström 2003). Denne studien er gjennomført som en allmenn litteraturstudie.

I denne studien har det blitt gjort ett utvalg av elleve kvantitative artikler og to kvalitative artikler. Det ble valgt flest kvantitative artikler grunnet vanskeligheter med å finne kvalitative studier og da de kvantitative opptrådte hyppigst, og var mest relevante for hensikten i dette studiet. De kvantitative artiklene ga dette studiet data som karakteriserte fenomener relevant til hensikten. Kvalitative studier tar for seg opplevelser og erfaringer til informantene, og er derfor høyst relevant (Dalland 2010).

2.1 Litteratursøk

Gjennom litteratursøkingen er det blitt foretatt databasesøk. Det er også blitt foretatt håndsøk, men uten resultat. Ved søking av forskningsartikler ble databasene Medline og Cinahl tatt i bruk. Det viste seg at søk i begge databasene ga noe av de samme resultatene. På grunn av best bekjentskap til Medline, ble det derfor valg å ta i bruk artiklene fra denne databasen. Flere søkeord ble tatt i bruk for å komme fram til relevante forskningsartikler. Disse ble satt sammen i flere ulike kombinasjoner, som resulterte i de samme artiklene. Søkeordene som ble brukt gjennom søkeprosessen er «Lung cancer», «Palliative care», Symptom cluster», «Dyspnea», «Anxiety», «Coping», «Patient experience» og «Quality of life». I søketabell vist nedenfor (Tabell 1) ser en de søkeordene som ga relevante artikler for denne litteraturstudien. Søkeordene ble også satt sammen på flere andre måter, men resulterte til mye av det samme som vist i tabell 1.

Tabell 1

Database	Nr.	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere gransking	inkluderte
Medline (02.04.13)	1	exp Lung Neoplasms/		162560				

	2	exp Anxiety/		51184				
	3		1 AND 2	115				
	4		Limit 3 to yr= «2000- Current»	84	69* 3**	12	2***	10
Medline (02.04.13)	1	exp Lung Neoplasms/		162560				
	2	exp Dypnea/		14447				
	3		1 AND 2	716				
	4		Limit 3 to yr= «2003- Current»	372				
	5		Limit 4 to full text	223				
	6		Limit 5 to (Danish or English or Norwegian or Swedish)	210	204* 2**	4	2***	2
Medline (25.04.13)	1	exp Lung Neoplasms/		162858				
	2	exp Palliative Care/		37777				
	3	exp «Quality of Life»/		106896				
	4		1 AND 2 AND 3	248				
	5		Limit to (abstract and «middle aged (45 plus years)» and (Danish, English, Norwegian or	120	118* 1**	1	0***	1

			Swedish))					
--	--	--	-----------	--	--	--	--	--

*: antall ekskluderte artikler etter lest tittel

** : antall ekskluderte artikler etter lest abstrakt

***: antall artikler som er lest i sin helhet

2.2 Gransking og analyse av forskningsartikler

Det er blitt gjort en tekstanalyse av artiklene som er inspirert av en innholdsanalyse (Dalland 2010). Ved utvalg av artikler ble det først og fremst sett på tittelen til artikkelene for å vurdere om de var relevant til denne studien. Hvis tittelen var relevant til valgt tema, ble det undersøkt om artiklene var forskningsartikler eller oversiktsartikler. Resultatdelen i denne litteraturstudien skal kun baseres på forskningsartikler. Deretter ble abstraktet lest og vurdert i henhold til hensikten. Abstraktet forteller kortfattet hva forskningsartiklene handler om (Markussen 2004). Utvalgte forskningsartikler skulle også være primærstudier. I enkelte av forskningsartiklene ble det framstilt en eller flere hypoteser, som kunne samsvare i mer eller mindre grad i henhold til denne litteraturstudien. Hypotesen kan gi et mer presist innhold på hva forskningen handler om. Forskerne ønsker å få hypotesen bekreftet eller avkreftet (ibid). Primærfokuset ved granskingen av forskningsartiklene var først og fremst artikkelens resultatdel. Artiklenes diskusjonsdel ble brukt som et hjelpemiddel for å kunne forstå resultatene bedre, da forskningspråket i resultatdelen ofte kunne være utfordrende og vanskelig å tyde. Diskusjonsdelen viser forskernes tolkning av funnene i resultatdelen. Det ble da viktig at dette litteraturstudiet ikke ble påvirket av forskernes egne tolkninger. Deretter ble ulike resultater fra de forskjellige artiklene trukket ut og satt inn i en tabell for å finne subkategorier og kategorier (tabell 2). Gjennom gransking av artiklene ble det kontinuerlig vurdert om forskningen hadde assosiasjon med hensikten til denne litteraturstudien.

Oversikt over valgte artikler med en kort analyse av disse er vist som vedlegg (Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler).

2.3 Eksempel på framgangsmåte ved funn av studiens kategorier

Det ble det først og fremst funnet meningsenheter fra forskningsartiklene. De ulike resultatene som forskningen framstilte ble trukket sammen i subkategorier. Deretter ble de ulike subkategoriene satt sammen til totalt tre kategorier. Kategoriene ble resultatdelens hovedoverskrifter. I tabellen vist på neste side (tabell 2) presenteres framgangsmåten for én av kategoriene.

Tabell 2

Subkategorier	Kategorier
Pasienters opplevelse av angst Pasienters opplevelse av dyspné Forståelse av pasientopplevelsen	Pasienters opplevelse av angst og dyspné

2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved søking av forskningsartikler ble det satt enkelte inklusjons- og eksklusjonskriterier, for å kunne finne relevante artikler i forhold til hensikten, og med tanke på kvalitet. Årstall på forskningsartiklene ble sett på som relevant for å kunne finne den nyeste, og mest relevante forskningen. Alle artiklene er fra 2005 til 2012 sett bort i fra én, som er fra 2001. Andre kriterier vesentlig i henhold til hensikten var at forskningsartiklene presenterte riktig pasientgruppe, i riktig fase av livet, og som omhandlet symptomene dyspné og angst. Forskningsartiklene skulle også ha et pasientperspektiv. Det var også avgjørende at artiklene var skrevet på et forståelig språk, enten norsk, dansk, svensk eller engelsk.

I denne studien er det valgt å ikke presisere alder da gjennomsnittsalderen hos pasienter med lungekreft er 71 år. Det ikke er rapportert mennesker med denne kreftsykdommen som er under 20 år (Haas 2010). Selv om alder ikke er presisert i denne studien, er dette blitt brukt som avgrensing ved et av artikkelsøkene (Tabell 1).

Det her blitt valgt å se på pasienter med lungekreft som har jevnlig kontakt med institusjoner som har palliativt fokus. Denne litteraturstudien har ikke valgt å fokusere på pasienter i en hjemmebasert setting.

2.5 Etske overveielser

Det stilles alltid et krav om å foreta etiske overveielser ved alle vitenskapelige studier. Det er viktig å velge studier som har blitt godkjent av en etisk komité eller studier som er blitt etisk vurdert (Forsberg og Wengström 2013). Åtte av de tretten forskningsartiklene som er brukt i denne litteraturstudien er blitt godkjent av etisk komité. Det vil si at fem av forskningsartiklene ikke er blitt gjennomgått av en slik komité. Selv om ikke alle forskningsartiklene er blitt etisk vurdert av en

komité, er de til tross for dette blitt inkludert. De er blitt gransket og analysert i henhold til etiske betraktninger.

Vurderte etiske betraktninger i de fem forskningsartiklene som ikke var vurdert av etisk komité var blant annet at forskningsartiklene hadde blitt godkjent av en form for «institutional review board». Det ble også sett på som en god etisk vurdering at pasientene samtykket og ga skriftlig godkjenning til deltagelsen. Forskningsartiklene ble sett på som etisk gyldig da enkelte av pasientene ble fulgt opp av sykepleiere, onkologer og spesialister i palliativ omsorg, som også godkjente fremgangsmåten i forskningsmetoden. Det kom også fram at en del av pasientene fikk bevis på at studiene var gjennomført etter en bestemt protokoll. Inklusjonskriteriene i forskningsartiklene som blant annet var at pasientene måtte være kognitivt oppegående, og at de måtte forstå gjeldende språk, både skriftlig og muntlig, ble vurdert som etisk godt i denne litteraturstudien. Noen pasienter ble også fulgt opp av forskningsassistenter som hjalp pasientene til å se over spørreskjemaer. Denne metoden ble vurdert som god da dette sørget for minimalt tap av data. At enkelte pasienter fikk betalt for å delta i undersøkelsen ble i denne litteraturstudien vurdert som uetisk.

3.0 Resultat

Resultatdelen er basert på resultater og meningsenheter funnet i forskningsartiklene, og presenteres i løpende tekst under de tre kategoriene; *pasienters opplevelse av angst og dyspné, aktuell forskning på mestrings hos pasienter med lungekreft og forholdet mellom pasienters behov, angst og dyspné.*

Pasienter med lungekreft sliter ikke bare med fysiske begrensninger, men også med psykiske, sosiale og eksistensielle utfordringer (Hench et al. 2007). Det er vist at mer enn 80 prosent av pasienter med lungekreft har flere symptomer på samme tid, og at pasienter med denne typen kreft har flere symptomer og mer psykisk ubehag enn pasienter med annen type kreft (Liao et al. 2011).

3.1 Pasienters opplevelse av angst og dyspné

I følge forskning viser det seg at mer enn 50 prosent av pasientene med lungekreft opplever dyspné i ulik grad (Hench et al. 2008). I en studie med kun kvinner som informanter, ble det hos 80 prosent rapportert at kortpusthet var et av de vanligste symptomene, og at det ble rapportert som mest alvorlig (Brown et al. 2011). Forskning viser at det oppstår emosjonelle reaksjoner ved dyspné. Pasientene beskriver dyspné som ubehagelig eller vanskelig, og forårsaker stress, som igjen fører til angst (Hench, Bergman og Danielson 2008). 56 prosent av pasientene opplever en grad av ubehag ved dyspné (Hench et al. 2008). Noen pasienter opplever å bli bekymret, mens andre pasienter forteller at dyspnéopplevelsen ikke er negativ, og at de ikke opplever panikk, redsel eller bekymring. De emosjonelle reaksjonene viser også at pasientene er bevisst på at dyspné er et symptom på lungekreft, og at symptomet er en påminnelse på at pasientene er rammet av en livstruende sykdom. Både sykdommen i seg selv og dyspné kan gi begrensninger i livet til pasientene. Dyspné kan dominere livsutfoldelsen til pasientene og de opplever å miste lysten på å delta i ulike aktiviteter (Hench, Bergman og Danielson 2008). Respiratoriske symptomer er de symptomene som gir flest alvorlige konsekvenser for pasientenes liv (Molassiotis et al. 2011).

Forskning viser at pasienter med lav "sense of coherence" er mer utsatt for å oppleve dyspné. Både angst og mestringskapasitet påvirker dyspnéopplevelsen. Pasienter som oppfatter hendelser i livet som planlagt, strukturert og klart, opplever mindre dyspné. Dyspné opptrer i lavere grad hos pasienter som opplever meningsfulle dager hvor utfordringer og krav er verdt å engasjere seg i. Hvordan pasientene opplever dyspné, påvirkes av pasientenes egen mestringskapasitet og helserelevante faktorer som hoste og angst (Hench et al. 2008).

Angst er en vanlig og normal respons når en får en kreftdiagnose, som kan bli destruktiv for pasientene. Forskning viser at dette har negativ innvirkning på pasienters funksjon,

symptombelastning og deres liv. Økte symptomer, redusert fysisk funksjon, og kortere prognose synes å være ledsaget av økt angst (Buchanan et al. 2010). Forskning viser at det finnes betydelig sammenheng mellom generelle symptomer og psykisk ubehag som angst og depresjon (Liao et al. 2011). Pasienter med hyppige dyspnéopplevelser har tydelig høyere forekomst av angst (Smith et al. 2001). Signifikante forskjeller ble funnet mellom angst og fysiske symptomer som hemoptyse, dyspné, hoste og psykologiske symptomer som dårlig selvfølelse og følelsen av at livet ikke er verdt å leve. Disse variablene har sterk sammenheng med angst (Buchanan et al. 2010).

3.1.1 Sammenheng mellom ulike symptomer

I følge forskning varierer alvorlighetsgraden og hyppigheten av mange symptomer sterkt fra dag til dag og varigheten av et gitt symptom påvirker sterkt hvordan pasienter opplever symptomer (Molassiotis et al. 2011). Respiratoriske symptomer som for eksempel tungpusthet spiller en sentral rolle for hvordan pasienter med lungekreft opplever andre symptomer. Forskning viser at pasienter med lungekreft opplever et kompleks bilde av flere alvorlige symptomer. Pasienter og pårørende rapporterer en stor variasjon av symptomer som blir kategorisert i to brede kategorier: fysiske symptomer og psykologiske symptomer. De fysiske symptomene som er mest vanlig rapportert er: smerte, kortpusthet, hoste, fatigue, kvalme, oppkast, nedsatt matlyst, forandrede smakssanser, fordøyelsesproblemer, obstipasjon, nummenhet, svette og vektforandringer. Pasienter rapporterer at de psykologiske problemene er depresjon, angst, forstyrrende tanker, svekket konsentrasjon, irritabilitet, kjedsomhet, frustrasjon og søvnforstyrrelser (Molassiotis et al. 2011).

I følge forskningen viser det seg at hoste spiller en sentral rolle for pasienters opplevelse av respiratoriske symptomer, og at ubehandlet hoste har sterkt innvirkning for pasienters tungpusthet og fatigue (ibid).

Forskning viser at fatigue har sammenheng med CDS (Cancer Dyspnea Scale) sine faktorer; følelse av innsats, følelse av angst, så vel som den totale dyspnéskåren og aktivitetsrelatert dyspné. Hoste har sammenheng med alle målinger av dyspné, men det er ingen signifikant sammenheng mellom dyspné og smerter. Det er betydelig sammenheng mellom angst og depresjon, og noen av dyspné målingene; følelse av innsats, følelse av angst, total dyspné og dyspné relatert til aktivitet, men ikke til intensitet eller frekvens av dyspné (Hench et al. 2008).

Pasienter opplever en mild grad av tungpusthet, fatigue og angst i begynnelsen av en palliativ fase, og denne intensiteten øker over tid. Hovedandelen av pasientene opplever alle tre nevnte symptomene samtidig. Statistisk sett er intensiteten av fatigue høyere enn ved tungpusthet (Chan, Richardson og Richardson 2005).

Fysiske symptomer som kroppslig svakhet, kvelning, tranghet, overbelastning, panikk og smerte oppleves som mer alvorlig ved høy dyspné (Smith et al. 2001).

3.1.2 Faktorer som påvirker symptomopplevelsen

Dyspné forårsaker ubehag hos mange av pasientene, og kommer ofte i sammenheng med fysisk aktivitet. Flere av pasientene uttrykker at dyspné oppleves som ubehagelig. Fåtallet av pasientene opplever dyspné under hvile, mange opplever dyspné ved vanlig gange, og de fleste opplever dyspné som mest ubehagelig ved å gå i trapper. Dyspné påvirker pasientenes liv, og vil dermed virke inn på pasientenes hverdag, både fysisk, psykisk og sosialt (Hench et al. 2008). Fysiske aktiviteter som kort gange eller spising ble beskrevet som utløsende faktorer. En annen utløsende faktor var pasientenes bevissthet på at pusting eller røyking kunne utløse dyspné på ett fysisk nivå (Hench, Bergman og Danielson 2008). Ved fysiske handlinger som forårsaker øyeblikkelige reaksjoner på dyspné beskriver pasienter at de må sette seg ned og puste godt, for at kroppen igjen skal kunne fungere (ibid).

Forskning viser at nedstemthet, tid siden diagnose og om pasientene for tiden er under behandling, er betydelig variabler relatert til generell symptomalvorlighet. I tillegg til dette har alder og betydningen av sykdommen sammenheng med antall opplevde symptomer og effekten av symptomene på normale aktiviteter (Brown et al. 2011). Psykososiale faktorer opptrer enten ved personlig karakteristikk, sinnstilstand, forventning til tungpusthet eller ved mer kognitive faktorer. Slike faktorer kan også opptre når pasientene føler seg ensom eller er bekymret. Angsten kan altså fremprovosere dyspné (Hench, Bergman og Danielson 2008).

Miljøfaktorer som for eksempel været blir nevnt som utløsende faktorer, men på ulike måter. Noen opplever at kulde eller varme kan fremprovosere dyspné. Det viser seg at omstendigheter som er med på å utløse dyspné kan unngås, som det å kunne puste tilstrekkelig, vansker med å få nok luft eller frekvens og varighet på dyspné. Belastningen forårsaket av pusting blir beskrevet som en tung følelse i brystet (ibid).

Forskning viser at pasienter som mottar tidlig palliativ pleie har flere meningsfulle dager i større grad enn pasienter som mottar vanlig standard omsorg. Mellom disse to gruppene ses ingen merkbar forskjell på symptomet angst. Selv om pasienter som deltar i tidlig palliativ omsorg mottar mindre aggressiv livsforlengende behandling, har disse lengre overlevelse enn pasienter som mottar standard omsorg. Forskning viser også at ved tidlig igangsatt palliativ pleie vil pasientene være bedre rustet til å mestre symptomer. Dette gjør at symptomene holder seg stabile, og tilstanden holder seg lengre stabil (Temel et al. 2010). Studier viser til at pasienter som gjennomgår strålebehandling som en del av den palliative behandlingen, opplever økende angsttendens. Symptomet blir

prograderende verre etter to og tre uker (Chan, Richardson og Richardson 2005). I følge forskning kan lav dose strålebehandling redusere håpet om en kur og pasientene kan utvikle verre angsttilfeller i forhold til overlevelse og symptomlindring (ibid).

Det ble ikke funnet noen betydelige forskjeller i dyspnéopplevelsen mellom menn og kvinner (Hench et al. 2008). Samtidig viser forskning at menn opplever dyspné som mer alvorlig enn kvinner (Smith et al. 2001). Relasjoner mellom dyspné og type lungekreft, metastaseopptreden eller tid siden diagnostisering ble heller ikke funnet (Hench et al. 2008). Forskning viser også at det ikke finnes forbindelser mellom alder, mentalitet, grad på strålebehandlingen, lungekreftsstadier og symptomene som oppstår (Chan, Richardson og Richardson 2005). Samtidig viser det seg at eldre pasienter opplever mer dyspné enn yngre pasienter (Smith et al. 2001).

3.2 Aktuell forskning på mestring hos pasienter med lungekreft

Studier viser at pasienter med lungekreft er redde for å ikke kunne mestre hverdagen som tidligere, samtidig som de er redde for fysisk svekkelse (Ugalde et al. 2012). De beskriver kroppslige strategier som hjelper dem til å mestre dyspné. Pasientene opplever at deres liv må planlegges for å unngå kroppslige anstrengelser og fysiske aktiviteter som utløser dyspné. Studier viser at fysiske aktiviteter kan blant annet mestres med ulike typer pusteteknikker eller spesielle kroppslige holdninger for å redusere dyspné. Kroppslige strategier blir integrert inn i pasientenes liv, og dermed blir nye vaner introdusert for dem. Disse vanene inkluderer, i følge forskning, at pasientene har kunnskap og viten om hva som utløser dyspné, hvordan unngå dyspné og hva som hjelper på dyspné. Pasientene beskriver ofte en fornektende tankegang, der de kan bortforklare dyspné med andre årsaker (Hench, Bergman og Danielson 2008).

Forskning viser at det er et negativt forhold mellom fysiske symptomer (smerter, vanskeligheter med å puste, oppkast, søvn, hoste, diaré, og munnsår) og problemorienterte mestringsstrategier. Dette gjelder også forholdet mellom somatisering, depresjon, angst og fobisk angst og problemorienterte mestringsstrategier. Studier viser også at det er et positivt og signifikant forhold mellom problemorienterte mestringsstrategier og obstipasjon, økt sekresjon og sår hals. Det finnes også en betydelig og positiv sammenheng mellom kvalme og emosjonsorienterte strategier. Anorexia, dysfagi og kløe er negativt relatert til emosjonsorienterte mestringsstrategier (Genç og Tan 2011).

I følge forskning foretrekker pasienter emosjonsorienterte mestringsstrategier mest, samtidig som negative følelser ikke er hjelpsomme til å løse problemer. De negative følelsene kan føre til forsterket psykologisk stress. Pasienter som bruker problemorienterte mestringsstrategier erfarer psykiske symptomer, som blant annet vansker med å puste, i lavere grad. Individuer rapporterer at det blir

brukt problemorienterte mestringsstrategier oftere når de er klar over at dette kan forandre en stressende situasjon. Emosjonsorienterte mestringsstrategier blir tatt i bruk når det er få andre personlige faktorer som kan forandre situasjonen. Problemorienterte mestringsstrategier er oftere i bruk da pasienter opplever mindre psykiske symptomer som blant annet angst (ibid).

Forskning viser at psykologisk undervisning tilbyr støtte i mestring av blant annet symptomene angst og tungpusthet. Psykologisk undervisning forbereder pasienter på opplevelsen av symptomer som oppstår, og for å unngå stress og negative effekter. Det viser seg at de færreste av pasientene med lungekreft har erfaring med avslappende øvelser, eller å bruke andre komplimenterende terapimetoder (Chan, Richardson og Richardson 2011). Pasienter med dårlig mestringskapasitet opplever verre symptomopplevelse (Hench et al. 2008).

3.3 Forholdet mellom pasienters behov, angst og dyspné

Informantene rapporterer et synlig tilfelle av betydelig ubehag, hvorav 31,5 prosent kommer av angst. Udekkede behov er assosiert med høyere angst. Pasienter med betydelig ubehag har stor sannsynlighet for å ha udekkete behov (Ugalde et al. 2012). Det er funnet fem behov som denne pasientgruppen ikke opplever som tilfredsstillende dekt. Dette gjelder behov for informasjon, psykiske behov, behov for pasientomsorg og støtte, behov for omsorg i dagliglivets fysiske utfordringer (manglende energi og tretthet), og behov for interpersonell kommunikasjon (for eksempel mestre sjenerthet i forhold til det å snakke med andre om kreften). Angst viser seg å være betydelig relatert til alle de fem områdene for behov, mens symptomer generelt viser seg å relatere til kun tre av behovene; behovet for informasjon, psykiske behov og behov for omsorg for dagliglivets fysiske utfordringer. Disse tre er også de mest gjenkjente blant informantene (Liao et al. 2010).

Det finnes sammenheng mellom angst og behovet for informasjon (Buchanan et al. 2010). Forskning viser at pasienter med lungekreft har flest udekkede behov i forhold til omsorgsstøtte, enn andre kreftpasienter (Liao et al. 2010). Annen forskning presenterer at det kommer fram betydelige nivåer av udekkede behov hos pasientene, hvor det ses et gjennomsnitt på 17 av 38 mulige udekkede behov. De mest rapporterte områdene for udekkede behov er medisinsk kommunikasjon, psykisk/emosjonell, finansielt, dagliglivet, symptomer, spirituelt/eksistensielt og sosialt. Flertallet av pasientene rapporterte at de hadde minst ett udekket behov (Ugalde et al. 2012).

4.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen består av en resultatdiskusjon og en metodediskusjon. Resultatdiskusjonen diskuterer resultater funnet i forskningsartiklene opp mot annen relevant litteratur som pensumlitteratur og oversiktsartikler. Dette gjøres for å kunne belyse litteraturstudiets hensikt. Metodediskusjonen diskuterer studiens framgangsmåte samt studiens styrker og svakheter.

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å redegjøre for opplevelsen av symptomer hos pasienter med lungekreft i en palliativ fase. Det er blitt lagt vekt på angst og dyspné, men det viste seg gjennom forskning at disse symptomene hadde stor sammenheng med andre symptomer. Gjennom forskning kommer det fram hvordan pasienter med lungekreft opplever de ulike symptomene, hvilke mestringsmetoder som blir tatt i bruk, og hvilke behandlingsalternativ som hjelper på symptomopplevelsen. Pasientene uttrykker mangelfull tilfredsstillende av behov, og at udekkede behov har innvirkning på symptomopplevelsen.

4.1.1 Pasienters opplevelse av dyspné

Resultater viser at pasienter med lungekreft i en palliativ fase opplever dyspné i ulike grad og opplever dette som ubehagelig og vanskelig. De kan oppleve redsel for å dø ved dyspné. Resultatet viser også at dyspné forårsaker angst. Dyspné blir beskrevet som et svært ubehagelig symptom med følelsen av for lite luft, betydelig angst og uro (unn.no 2012). Hoel og Lynes (2010) forteller at etter hvert som sykdommen utvikler seg vil pasientene kunne oppleve dyspné hyppigere. Dette medfører ofte at frykt og angst forsterkes, og angsten vil igjen påvirke pusten og pasientene kommer på denne måten inn i en ond sirkel (Hoel og Lynes 2010). Pasienter med lungekreft beskriver dyspné som skremmende (Joyce, Schwartz og Huhmann 2008). Det viser seg at det ikke er bare pasienten som opplever dyspné som skremmende, men også pårørende og pleiere (unn.no 2012). Litteratur bekrefter at dyspné er et vanskelig problem å håndtere, og at det ved dyspnéanfall fremkalles en respons som ber om intervensjon fra både pasient, pårørende og helsepersonell (Joyce, Schwartz og Huhmann 2008).

Sykepleierens hovedoppgaver i forhold til symptomopplevelsen hos pasienter med lungekreft blir da å observere og kartlegge respirasjonen. Både sykepleierens observasjoner og pasientenes egne opplevelser spiller en svært viktig rolle i behandlingen av dyspné. Det blir sykepleierens oppgave å hjelpe pasientene til å oppdage hva som utløser dyspné, og hva som hjelper pasientene ved dyspné (Hoel og Lynes 2010). McCall (2012) poengterer at det er viktig at sykepleieren kan gjenkjenne og behandle dyspné. Mange pasienter med lungekreft uttrykker redsel for ikke å få puste, og for å

oppleve kvelning ved livets slutt. Det å være tilstede hos pasientene, berolige og trygge dem på muligheter for behandling av dyspné, kan dempe bekymring og angst (Nygaard 2012).

Sykepleiere kan hjelpe pasientene ved å ta i bruk en systematisk pågående tilnærming for håndtering av symptomubehag hos pasienter med langtkommen lungekreft. Dette kan være det første og viktigste steget for å kunne forbedre intervensjoner og derav lette pasientenes ubehag (Volker og Coward 2010). I tillegg til dette blir det viktig å ha god kommunikasjon mellom pasienter og sykepleiere, for å kunne fange opp den subjektive symptomopplevelsen (Eide og Eide 2010). Forutsette og rapporterte symptomer kan bli fanget opp av ulike verktøy som for eksempel ESAS (Edmonton Symptom Assessment System). ESAS er spesielt nyttig i palliativ omsorg til å rettlede symptombehandlingen. ESAS består av én ni-numerisk skala som måler pasients nivå av smerte, tretthet, kvalme, depresjon, angst, sløvhhet, appetitt, velvære og kortpusthet (Vedlegg 2: ESAS skjema) Kartlegging ved hjelp av ESAS kan hjelpe sykepleiere til å fange opp pasientenes symptomopplevelse (Volker og Coward 2010). Hos pasienter med ikke-kurativ lungekreft, forverres dyspné over tid. Sykepleiere bør ta spesielt hensyn til dyspné i behandlingen hos denne pasientgruppen (Hench et al. 2007).

4.1.2 Pasienters opplevelse av angst

I følge resultatet viser det seg at angst er en normal respons på å få en ikke-kurativ kreftdiagnose, i tillegg til at symptomer knyttet til kreftsykdommen indirekte kan skape angst. Igjen påvirker angst andre symptomer. Litteratur bekrefter at palliative pasienter vil oppleve angst når innbilningen om udødelighet trues. I den forbindelse er ikke angst en følelse, men et kjennetegn på menneskets eksistens. Angsten kan rettes mot døden og skjebnen, meningsløshet og tomhet, fortapelse og skyld (Sæteren 2010). Angst kan altså øke når pasientene bli mer bevist på at døden nærmer seg (Volker og Coward 2010). Angst viser seg å komme av flere faktorer enn kun det førstnevnte. For det første viser det seg at angst kan forekomme som respons av dårlig symptomkontroll, som for eksempel smerte og dyspné, unormale metabolske tilstander, hormonproduserende tumorer og medisinske bivirkninger. For det andre kan psykiske plager som angst og depresjon være reaksjoner på sosiale, familiære, økonomiske, åndelige og eksistensielle problemer og bekymringer, men de kan også være et resultat av smerter, kvalme, dyspné, kakeksi og så videre (unn.no 2012).

Pasienter diagnostisert med langtkommen sykdom eller som har aggressiv sykdom uten håp for kur er ofte mest sårbar for psykologisk stress, spesielt angst, depresjon og familieproblemer og fysisk ubehag. Desto større trussel for individet, desto verre blir angsten. Lungekreft med sin dårlige prognose er en enorm trussel for mennesket. Dette kan medføre en høy risiko for å oppleve angst,

selv om terskelen for hvert enkelt individ er høyst individuelt (Pasacreta, Minarik og Nield-Anderson 2006).

Flere studier inkluderer angst som en påvirkende og sammenhengende faktor for respiratoriske symptomer som hoste og tungpusthet. Det viser seg imidlertid at dette ikke alltid er tilfelle. Selv om tungpusthet, og av og til hoste er assosiert med angst, viser det seg at denne sammenhengen kan reduseres over tid, da pasientene kan bli vant til symptomene og lærer seg å mestre dem (Molassiotis et al. 2011).

4.1.3 Betydning av behandling

Resultatet viser at palliativ behandling som strålebehandling eller cytostatika gir forverret symptomopplevelse. Resultatet sier lite om det er symptomer eller bivirkninger av behandlingen pasientene opplever. Det er viktig at pasientene som gjennomgår strålebehandling og cytostatikabehandling får tilstrekkelig med informasjon om hvilke bivirkninger disse behandlingsmetodene kan føre med seg. Ved lite gitt informasjon kan det oppstå forvirring om det er symptomer fra sykdommen, eller om det er bivirkninger av behandling som oppleves (Varre 2010). De færreste av pasientene opplever bivirkninger i begynnelsen av strålebehandlingen. Disse bivirkningene vil først komme en stund etter oppstart av behandling (Siggerud 2010). For pasienter som ikke har følt seg veldig syk før oppstart av behandling med for eksempel cytostatika, kan bivirkningene fra cellegiften forårsake stor påkjenning for pasientene, og de vil kunne føle seg sykere enn noen gang (Hoel og Lynes 2010). Da pasienter med kreft ofte opplever bekymring for sykdommen og for utfallet av behandlingen, kan dette medføre at pasientene har nedsatt evne til å motta og huske informasjon. Det blir derfor viktig at sykepleiere gjentar informasjonen (Siggerud 2010).

Resultatet blir imidlertid motbevist da blant annet strålebehandling blir brukt som symptomlindring, spesielt ved pustebesvær og smerter hos pasienter med lungekreft (oncolex.no u.å.). Lungekreft kan som tidligere nevnt gi mange ulike symptomer. Strålebehandling vurderes som god palliativ behandling. Denne behandlingen er relativ skånsom og de fleste av disse pasientene vil kunne oppnå god lindring av plagsomme symptomer. Når målet med strålebehandlingen er å lindre er det viktig at de akutte bivirkningene som oppstår er lite plagsomme og av kort varighet. 20-40 prosent av pasientene rapporterer subjektiv bedring etter strålebehandling (Brustugun 2011).

Pasienter kan akseptere en større dose med strålebehandling dersom målet med behandlingen er kurativ, enn hvis målet er lindring. Igjen vil pasientene kunne tåle flere bivirkninger når behandlingen er rettet mot kurasjon (Siggerud 2010). For enkelte pasienter vil behandling gi flere bivirkninger som

overskygger de mulige gode dagene de har igjen å leve, og ønsker derfor å avslutte behandlingen. For andre pasienter kan behandlingen være det de klamrer seg fast til på grunn av frykten for hva som vil skje dersom behandlingen avsluttes (Hoel og Lynes 2010).

Resultatet om at strålebehandling og cytostatikabehandling forverrer symptomopplevelser strider også imot norsk håndbok for lindrende behandling (2012). Det beskrives at strålebehandling og cytostatikabehandling inngår i det generelle behandlingsprinsippet for dyspné, og at målet for palliativ strålebehandling er å kunne lindre plagsomme symptomer uten for mye bivirkninger, og uten å ta for mye tid fra pasientene (unn.no 2012). I tillegg til strålebehandling og cytostatika er det viktig at sykepleieren formidler omsorg og trygghet til pasient og pårørende (ibid).

Behandling som cytostatika- og strålebehandling er ikke det eneste behandlingstilbudet for pasienter med kreft (Bruset 2010). Sykepleieren har en fagutviklende funksjon som tilsier at hun eller han skal hele tiden strebe etter å holde seg oppdatert på den nyeste kunnskapen. Med andre ord vil dette si at sykepleieren har et ansvar for å informere pasientene om hvilke behandlingsmetoder som finnes (Nortvedt og Grønseth 2010). Kreftpasienter kan bruke komplementære og alternative metoder (KAM) ved siden av ordinær medisinsk behandling, som cytostatika- og strålebehandling. Dette brukes for å styrke kroppen og å redusere bivirkningene av kreftbehandlingen (Bruset 2010). KAM er et bredt spekter av praksis og terapi, som kan tas i bruk av personer med kreft. Pasienter med lungekreft i sluttstadiet kan ha flere grunner til å ta i bruk denne metoden i et slikt stadium av sykdommen. Det nevnes at døende pasienter opplever en tung symptombyrde. I tillegg kan tradisjonell, medisinsk behandling gi bivirkninger. KAM kan ha færre trøblete effekter, og hvis dette er effektivt kan dette brukes som alternativ til tradisjonell behandling eller komplementært til tradisjonelle metoder som letter symptomer. Avslappende øvelser, akupunktur, muskelavslapning, massasje og hypnotisering er eksempler på slike komplementære, alternative metoder (Volker og Coward 2010). Loven om alternativ behandling fra 2004 fastslår at pasienter som ikke lenger har noe tilbud fra etablert behandling, eller som får behandling i samforståelse med pasientenes behandlende onkolog, kan på lovlig vis benytte metoder som hører hjemme innen komplementær og alternativ medisin. Tidligere var det lovbestemt at kun leger kunne behandle kreftsykdommer. Denne loven sa imidlertid ingenting om at det var mulig for kreftsyke å få lindrende og styrkende behandling komplementært til ordinær behandling. I og med at KAM inngår i samfunnets lover blir dette en form for bekreftelse på at KAM er akseptert av samfunnet og at det er en likeså god lindrende og styrkende behandlingsmetode, især i palliasjonssammenheng. Hvordan sykepleiere formidler informasjonen angående KAM blir av stor betydning, da pasienter kan oppfatte denne behandlingsmetoden som rettet mot selve kreftsykdommen, altså som en kurativ behandling, i

stedet for konvensjonell behandling. KAM skal lindre og styrke, altså være komplementær, for å kunne muliggjøre for flere gode dager for pasientene (Bruset 2010).

4.1.4 Pasienters livsutfoldelse trues

Resultatet viser at dyspné dominerer livsutfoldelsen til pasientene på flere måter. Det kommer fram at pasientene unngår aktiviteter som de føler utløser dyspné. Samtidig føler pasientene at de må begrense seg i forhold til aktivitet, og blir derav isolert. Redusert funksjonsstatus og påfølgende invaliditet er hyppige konsekvenser av dyspné (Joyce, Schwartz og Huhmann 2008). Hensch, Bergman og Danielson (2008) understreker at dyspnéopplevelsen påvirker livet til pasientene på en omfattende måte ved å forandre livet deres. Dette innebærer et liv med restriksjoner, og tap av autonomi med påfølgende avhengighet av andre. Opplevelsen påvirker også pasientenes liv ved at deres hele eksistens blir truet. Dyspné forstyrrer dagliglivet ved at det gir begrenset aktivitet og skaper sosial isolasjon (Hensch, Bergman og Danielson 2008). Mange pasienter opplever å bli tungpust ved aktivitet, og blir plutselig svært bevisst på pusten, fordi den hemmer pasienten i å utføre mye av det han klarte tidligere. Etter hvert som kreften utvikler seg kan mange pasienter også oppleve tungpusthet ved hvile. Når livsutfoldelsen hos pasienter med lungekreft i en palliativ fase trues, kan sykepleierne og andre i behandlingsteamet (lege, fysioterapeut) bruke objektive funn til å hjelpe pasientene til å kunne fungere best mulig. Samtidig som pasientenes subjektive opplevelse må tas i betraktning (Hoel og Lynes 2010).

4.1.5 Pasientenes opplevelse av symptomenes gjensidige sammenheng

Resultatet viser at pasienter med lungekreft opplever ett komplekst bilde av flere alvorlige symptomer samtidig, både fysiske og psykiske. Dette stemmer overens med litteratur beskrevet av Kaasa (2007), hvor det står at pasienter med langtkommen kreftsykdom ofte har mange plager, og at mange av plagene er direkte forårsaket av kreftsykdommen. Han beskriver også at kreftsykdommen kan ha indirekte plager som angst eller depresjon. Flere studier har dokumentert at pasientene ofte har mange plager samtidig (Kaasa 2007). Empiriske studier viser at det finnes en viss likhet i de symptomene som er oftest sett. Spesielt problemer assosiert med dyspné, hoste, anorexia, alvorlig smerte, fatigue, depresjon, angst, forstyrrelser i framtidsutsikten og søvnproblemer, er ofte rapportert som problematisk hos pasienter med langtkommen lungekreft (Volker og Coward 2010).

Forskning på at symptomer er sammenhengene og at de påvirker hverandre er fortsatt i ett tidlig forskningsstadium. Det er imidlertid klart at enkelte symptomer opptrer sammen og påvirker hverandre. Dette har implikasjoner for håndteringen av symptomer. Symptomer som er sammenhengende og som påvirker hverandre må derfor bli håndtert sammenhengende. Slik blir det

mulig å observere betydelige forbedringer i de individuelle symptomene. Dette kan forklare hvorfor enkelte symptomer er vanskeligere å lindre enn andre, og hvorfor enkelte behandlinger kan virke på noen pasienter, men ikke på andre med lik sykdomsstatus. For eksempel så kan hoste utløse tungpusthet, og omvendt. Hoste over lengre tid kan føre til fatigue og muligens lav oksygenmetning på grunn av tungpusthet. Dette kan senere tappe pasientene for energi som gjør at alle disse symptomene påvirker hverandre i en negativ retning. Hoste, tungpusthet og fatigue kan forårsake utvikling av andre assosierte symptomer som angst, depresjon, panikk, smerte og søvnløshet. Forholdet mellom hoste, tungpusthet og fatigue er forbundet med mestringsstrategier som pasienter benytter for å kunne håndtere disse symptomene. Strategiene har som hensikt å lindre et gitt symptom, men kan likeså godt forverre et relatert respiratorisk symptom, noe som antyder en potensiell læring i mestringen av individuelle symptomer (Molassiotis et al. 2011).

Til tider kan pasientenes dømmekraft i forhold til deres symptomopplevelse være basert på en sammenligning mellom deres nåværende symptomatologi, deres hukommelse fra tidligere symptomatologi, og pasientenes overbevisning i henhold til deres forventede følelser ved et gitt tidspunkt. Sykepleiere kan hjelpe pasientene til å forstå hva de burde forvente av deres sykdom over tid, og forberede pasientene på sykdommens progredierende symptomopplevelse (ibid). Tidlig igangsatt psykologisk undervisning vil kunne støtte opp under dette (Volker og Coward 2010). I tillegg bør sykepleierne hjelpe pasientene til å danne seg en forestilling om deres sykdomssituasjon. Dette blir spesielt viktig da pasienter og pårørende ofte kan bli utsatt for uventede symptomer (Molassiotis et al. 2011).

Ytterligere resultat hevder at tidlig palliativ intervensjon kan gjennom psykologisk undervisning gjøre pasienter med lungekreft mer rustet til å kunne mestre flere symptomer. Funn i resultatet samsvarer med funn i annen litteratur. For pasienter med en kreftdiagnose kan psykologisk behandling være en hensiktsmessig behandlingsmetode i en palliativ fase. Denne behandlingen kan begrense pasientenes psykososiale problemer, begrense angst- og depresjonssymptomer, forbedre fysisk status og redusere smerteintensitet (Rosén og Stiles 2007). En variasjon av psykologiske tilnærminger kan være nyttig. Dette inkluderer intervensjoner av psykologisk undervisning for å forklare de forutsigbare og emosjonelle fasene som mennesker opplever i slutten av livet, da pasientene ofte kan oppleve sykdomsforløpet som uforutsigbart. I tillegg inkluderer dette oppførelsteknikker for å oppnå avslapning, individuell psykologisk terapi og deltakelse i støttegrupper (Volker og Coward 2010).

4.1.6 Demografiske og helserelaterte faktorer som innvirker på symptomopplevelsen

Resultatet viser at demografiske faktorer ikke har innvirkning på pasientenes symptomopplevelse i en palliativ fase. Samtidig viser det seg at eldre opplever dyspné i en høyere grad enn yngre

pasienter. Kvinner rapporterer symptomer oftere enn menn, mens dyspnéintensiteten oppleves verre hos menn. Resultatfunnene motsier hverandre. Her blir det viktig å forstå at mestring av symptomopplevelsen, eller mestring i seg selv, handler om den enkeltes evne til å mestre. Mestringen er påvirket av nettopp faktorer som alder og kjønn, men også hvilke forutsetninger og interesser pasientene har og hvilke tidligere påkjenninger og erfaringer pasientene har med stress, kriser og sykdom. Hvor omfattende og langvarig krisen er og hvordan krisen rammer pasientenes liv spiller stor rolle for pasientenes evne til å mestre symptomene. Det sosiale nettverket til pasientene vil kunne ha innvirkning på hvordan pasientene mestrer symptomopplevelsen. I følge Antonovsky er opplevelsen av å kunne påvirke sitt eget liv av allmenngyldig karakter. Med dette menes at alle mennesker, til tross for ulik bakgrunn, kultur og etnisitet, har en forutsetning for å kunne mestre. Pasientene må ha kontroll over eget liv for å kunne påvirke deres opplevelse av sammenheng i det som skjer. Resultatene sier lite om hvilke mennesker som har deltatt i de ulike studiene med tanke på menneskets atferd- og væremåte (Reitan 2010^b). Hvordan et menneske opplever et gitt symptom er subjektivt, og svært individuelt og vanskelig å generalisere (Reitan 2010^a). Det samme gjelder for menneskets individuelle faktorer som alder, kjønn, helsestatus, mestringskapasitet og lignende. Det er imidlertid mulig å si noe om menneskets mulighet til å mestre. Å tildele pasientene de verktøy som er essensielt for mestring vil kunne tilrettelegge for å bedre symptomopplevelsen (Reitan 2010^b).

4.1.7 Mestring av symptomopplevelsen

Resultatet viser at mestring spiller en sentral rolle for hvordan pasienter med lungekreft opplever symptomer. Mestringsperspektivet dreier seg om å iverksette helsefremmende tiltak for å redusere stress og angst, og å styrke kreftpasienters mulighet til emosjonsorientert, kognitivt orientert og problemorientert mestring (Reitan 2010^a). Dyspné har kognitive og emosjonelle komponenter som er med på å virke inn på dyspnéalvorlighet og -ubehag. Kognitive strategier er designet for å forandre pasientenes oppfatning av å være ute av stand til å ta kontroll over symptomene. Disse intervensjonene kombinerer utdanning og målsetting med aktiv problemløsning for å bedre pasientens mestring og selvkontroll av symptomene. Disse strategiene kan også bedre en individuell selvsikkerhet i pasientenes evne til å mestre konsekvensene av dyspné (Howell 2010).

Sykepleieren må styrke pasientene i troen på egne mestringsmuligheter og la pasientene gjøre rede for sine mestringsmåter. Sykepleieren må finne ut hva pasientene selv forbinder med god mestring, og hvordan de tidligere mestret problemer og påkjenninger (Reitan 2010^b).

Resultater viser at pasienter med lav «sence of coherence» er utsatt for å ha verre symptomopplevelse, enn de med høy «sence of coherence». Dette støtter Antonovskys grunnleggende forskningsfunn hvor en person som har høy opplevelse av sammenheng også har en

høy grad av mestring og helse. Pasientene som har høy opplevelse av sammenheng vil kunne mestre symptomene på en bedre måte, og dermed få en bedre symptomopplevelse. Opplevelse av sammenheng deles inn i forståelighet, håndterbarhet og mening i følge Antonovsky (Langeland 2007). Antonovsky sier at

«For å oppnå denne opplevelsen av sammenheng må personen kunne forstå situasjonen (forståelighet), ha tro på at hun eller han kan finne løsninger (håndterbarhet) og finne god mening i å forsøke på det (mening)» (Langeland 2007 s. 360).

4.1.8 Mestringsstrategier

I følge resultatet viser det seg at pasienter med lungekreft rapporterer at de foretrekker en emosjonsorientert mestringsstrategi fremfor en problemorientert mestringsstrategi, men det viser seg at flest pasienter bruker en problemorientert mestringsstrategi. Lazarus og Folkman definerer to måter å møte en stressfylt situasjon på, nemlig problemfokuset og emosjonsorientert mestring som vist i kapittel 1.2 Mestring (Reitan 2010^b). Emosjonsorientert mestring kan føre til at pasientene revurderer situasjoner, ser nye muligheter og kanskje går inn for en problemorientert mestringsstrategi. Flertallet av pasientene bruker en kombinasjon av emosjonsorienterte- og problemorienterte mestringsstrategier når de kommer opp i situasjoner som kan oppleves som stressende. Det er på en side lite fordelaktig å bruke emosjonsorienterte strategier i situasjoner som kan forandres eller kontrolleres, eller på en annen side bruke problemorienterte strategier når situasjonen ikke kan forandres. En kan ikke endre selve situasjonen ved en ikke-kurativ kreftsykdom. Det finnes imidlertid en rekke faktorer som kan bedre situasjoner i pasientenes hverdag for å kunne leve best mulig. Nemlig å mestre enkelte konsekvenser av sykdommen. For det første kan pasienter med lungekreft ha størst utbytte av å bruke emosjonsorienterte mestringsstrategier for å kunne håndtere stress rundt det å ha en ikke-kurativ kreftdiagnose. For det andre så vil det være mest hensiktsmessig å ta i bruk problemorienterte mestringsstrategier ved spesifikke situasjoner som kan oppstå i sykdomsforløpet, som for eksempel når pasienten opplever dyspné- og/eller angstanfall (Reitan 2010^b).

Kreftpasientene selv rangerer håp og egen kontroll som de beste mestringsstrategiene (Reitan 2010^a). Håp er vesentlig for å kunne mestre usikkerhet, tap og lidelse. For mange er håpet en strategi for å kunne holde ut lidelsen. Håpet blir en viktig ressurs for pasienter med lungekreft i en palliativ fase (Bastøe 2007). Uten håpet vil de psykiske symptomene kunne forverres (Pasacreta, Minarik og Nield-Anderson 2006). Håpet er en mestringsstrategi som øker menneskets motivasjon for å kjempe seg fram mot nettopp håpet. Håpet kan forhindre at frykten og angsten overtar og skygger for mulige handlingsalternativer og for mulige gode dager (Bastøe 2007).

Å få diagnosen lungekreft kan utløse en traumatisk krise. Krisen kjennetegnes av at pasientenes tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til at de kan klare å forstå og mestre den aktuelle situasjonen. Ved livstruende sykdom som lungekreft må pasientene bruke ulike sider ved seg selv for å få kontroll over spesielle mestringsutfordringer som de vil kunne møte. Dette innebærer å få kontroll over følelser, egne tanker og reaksjoner på traumet. For å kunne oppnå denne kontrollen må pasientene få tilgang på informasjon som gjør at situasjonen oppleves som forutsigbar og forståelig. De må også få en viss oversikt over konsekvenser som traumet kan skape for en selv, men også for familie, utdanning eller arbeid, og hva situasjonen kan kreve av pasientenes egen aktivitet. Med andre ord må pasientene få kontroll over sin situasjon. Kontroll er grunnleggende i all mestring (Reitan 2010^b).

Mestringsstrategier handler om å ha kontroll på det emosjonelle, kognitive og atferdsmessige nivået. Ved somatisk sykdom kan en beskrive mestringsstrategier som en form for kontrollmodell for psykiske reaksjoner. For det første innebærer dette kognitiv kontroll som viser til tilgang på informasjon. For det andre instrumentell kontroll, som viser til den enkeltes mulighet til å forebygge eller fjerne negative hendelser gjennom egen aktivitet, og til å øke sannsynligheten for at positive hendelser vil inntreffe. For det tredje innebærer dette emosjonell kontroll som viser til muligheten for å opprettholde emosjonell likevekt, slik at den ikke kommer i affekt og mister taket på situasjonen. Disse tre kontrollformene er gjensidig avhengig av hverandre. Det kreves at pasientene opplever personlig kontroll på minst to av de tre områdene for å kunne skape god mestring, og kunne skape tilpasning til opplevelse, forståelse og vurdering av sykdommen og sykdomssituasjonen. Kognitiv og instrumentell kontroll kan vinkles opp imot Lazarus og Folkmans problemorienterte mestring, mens emosjonell kontroll kan vinkles opp imot deres emosjonsorienterte mestring (Reitan 2010^b).

Det kan derimot bli vanskelig å oppnå kontroll og bestemme selv når mennesker opplever forandringer som er uønsket, som for eksempel å få en kreftsykdom. Dette kan føre til at pasientene får mindre anledning til å fylle de rollene som betyr noe for ham eller henne, for eksempel rollen som student, forelder, friluftsmenneske eller arbeidstaker. Pasientrollen vil oppta mye tid, og vil kunne true menneskets identitet og autonomi (Reitan 2010^b). Ved å få tilgang til kunnskaper og informasjon, og ved å få innflytelse på sin egen situasjon vil pasienter med lungekreft kunne myndiggjøres. Det blir derfor vesentlig at de får adekvat og korrekt informasjon, slik at de kan delta i beslutningsprosessen om egen behandling og å ta reelle valg (Reitan 2010^a).

Kontroll inngår i all mestring, og ved en livstruende sykdom kan det oppstå vanskeligheter med å oppnå denne kontrollen. Dette vil kunne påvirke pasientenes evne til å håndtere for eksempel

symptomer som oppstår. Det kan da bli nødvendig for sykepleiere og annet helsepersonell å hjelpe pasientene med å oppnå kontroll gjennom god kommunikasjon (Reitan 2010^b).

Sykepleiere må fokusere på å respektere pasienters autonomi og deres forståelse for hva som utløser dyspné, for så å kunne bearbeide en individuell plan for å kunne håndtere dyspné. Pasienters egne mestringsstrategier må støttes, og forslag til andre kombinasjoner av strategier kan tilføres. Enkelte utløsende faktorer som pasientene er klar over at utløser dyspné, kan være mulig å unngå. Denne bevisstheten fører til bruk av ulike mestringsstrategier, spesielt kroppslige strategier. Pasientene beskriver at de kan unngå kroppslige anstrengelser, som utløser dyspné (Hench, Bergman og Danielson 2008).

Grunnleggende forutsetning for mestring i møte med livets utfordringer som krise, sykdom og død har i følge Antonovsky, fokus på pasientenes ressurser og på å fremme pasientenes opplevelse av myndiggjøring og mestringsforventning. Menneskers mestringskapasitet omfatter både indre og ytre ressurser, hvor de indre ressursene dreier seg om personens evner og anlegg, selvstendighet, myndighet, kognitive ferdigheter, kunnskaper, livserfaringer, motivasjon og troen på egne krefter. Håp kan ses på som en indre ressurs da dette mobiliseres ved krise og alvorlig og livstruende sykdom. Ytre ressurser på sin side omfatter familie, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, tilgjengelighet til helse- og omsorgstilbud og sosial støtte- og trygdeordninger. De indre og ytre ressursene er gjensidig avhengig av hverandre. Det blir i en palliativ fase viktig å avklare hvilke ressurser pasientene har, og koble dette opp i mot utfordringer og problemer som skal mestres. En ressursorientert tilnærming legger vekt på de sterke sidene ved pasientene. Mestringens viktigste ressurser blir språk, sosial praksis og sosiale relasjoner og alt som har betydning for pasienten. Stress kan hindre den enkelte i å bruke forutsetninger, og pasientene kan kjenne på følelsen av ikke å strekke til i situasjonen (Reitan 2010^b). Sykepleiere og annet helsepersonell kan foreslå psykologisk behandling når slike situasjoner oppstår. Psykologisk undervisning er en lovende behandling for å løsrive flere sammensatte symptomer for å behandle dem individuelt, samtidig som det bedrer pasientenes funksjonelle mulighet. Pasienter med lungekreft vil da kunne oppnå kontroll over sykdommen og samtidig mestre egenomsorgen i en mye større grad (Chan, Richardson og Richardson 2011).

4.1.9 Symptomopplevelse og udekkede behov

Pasienter med lungekreft sliter ikke bare med fysisk nedsettelse, men også med psykisk, sosialt og eksistensielt ubehag (Hench et al. 2007).

Resultatet viser at pasienter med ubehagelig symptomopplevelse har stor sannsynlighet for å ha udekkede behov. Det indikeres at mennesker diagnostisert med livstruende sykdom og dets påfølgende symptomer, opplever økende behov for blant annet mellommenneskelig støtte. Individer som er i stand til å opprettholde nærkontakt med familie og venner i løpet av sykdomsforløpet har større sannsynlighet til å mestre sykdom bedre, enn de som ikke har opprettholdt slike relasjoner. Dette er meget realistisk i den palliative fasen (Pasacreta, Minarik og Nield-Anderson 2006). Mange vil ha svekket nettverk og ha hjelpebehov av flere årsaker enn den ikke-kurative kreftsykdommen. En rekke forhold vil i de fleste tilfeller variere vesentlig mellom palliative pasienter, som grunnsykdommen, graden og mengden av subjektive symptomer, erfaringer med kreftbehandling og håndtering av pasientrollen (Loge et al. 2007).

Loge et al. (2007) skriver at tilnærmingen av palliative pasienter bør alltid reflektere pasientenes problemer (inkludert funksjonsnivå og prognose) på grunn av at de ikke er en ensartet gruppe. De fleste palliative pasienter kan ha flere plager samtidig. Det er alltid viktig for sykepleieren å tilstrebe og kartlegge helheten. I mange situasjoner er det også hensiktsmessig å danne seg et bilde av pasientens prioritering av hjelpebehov (Loge et al. 2007). Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er essensielt i den palliative omsorgen hos pasienter med ikke-kurativ sykdom. Pasienter har behov for å bli bekreftet og å oppleve bekreftende relasjoner (Hench, Bergman og Danielson 2008). Å gi hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasientene har behov for og er i stand til å ta i mot. Det blir viktig å tenke over hvordan og hvilken informasjon som formidles pasientene. Å tilpasse informasjonen etter pasientenes behov krever omtanke. Det gjør også selve formidlingen. Pasientene skal både høre, forstå og huske det som er nødvendig, og oppleve å bli ivarettatt på en god måte. Pasientenes opplevelse av helsehjelpen kan påvirke pasientenes opplevelse av symptomer i både positiv og negativ retning. Gjennom god kommunikasjon skapes gode relasjoner, som igjen gir en bedret opplevelse av symptomene, og motsatt. For å kunne formidle den informasjonen som pasientene har behov for, og som pasienten selv formidler behov for, kan kommunikasjon brukes som et hjelpemiddel for å kartlegge dette behovet (Eide og Eide 2010).

Hvordan pasientene har det psykisk og åndelig, bør tas opp på en empatisk måte av sykepleieren. Empatisk kommunikasjon betyr å kommunisere med evne til innlevelse og medfølelse, og fører til at sykepleieren ser situasjonen fra pasientenes ståsted, og ut fra pasientenes normer, vurderinger og oppfatninger. Pasientene må få god og tilrettelagt informasjon om alle prøver, undersøkelser og behandlinger, både skriftlig og muntlig. Dette vil kunne skape tillitt og trygghet for pasientene (Siggerud 2010). Ved å sørge for at behovet for informasjon blir tilfredsstillt, vil pasientene kunne mestre symptomene bedre og dermed lette symptomopplevelsen. Med dette menes at pasientene får den informasjonen de trenger i forhold til hva som er forventede symptomer av sykdommen, og

hva som kan være mulige bivirkninger av behandling. Sykepleieren kan gjennom informasjon gi pasientene kunnskap til å kunne mestre symptomene i en større grad enn tidligere (Reitan 2010^a).

I følge resultatet viser det seg at udekkede behov har sammenheng med angst. Dette støttes av Sanders et al. (2010). Det viser seg at desto mindre tilfreds pasientene er i forhold til behov for støtteomsorg, desto høyere nivå av psykologiske forstyrrelser har de. Det vil da oppstå lavere tilfredshet med helsehjelp, og bruk av unnvikende mestringsstrategier benyttes i større grad. Høyere behov for støttende omsorg er assosiert med større bruk av problemfokuserte mestringsstrategier. Å ha udekkede behov i forhold til støttende omsorg kan resultere i økt bruk av forskjellige mestringsstrategier. Med andre ord vil pasienter med lungekreft prøve å kompensere de udekkede behovene ved hjelp av flere typer mestringsstrategier, som kan bedre sannsynligheten for at i alle fall én av strategiene vil være effektiv (Sanders et al. 2010). Det viser seg også at eksistensielle og spirituelle behov har stor sammenheng med psykologiske symptomer som for eksempel angst, da dette kan forekomme som en respons av spirituelle og eksistensielle problemer og bekymringer (unn.no 2012).

Spirituelle behov er behov og forventninger som mennesker må ha for å kunne finne mening og mål med, og verdier i livet. Slike behov er ofte knyttet til det religiøse, men trenger ikke alltid være tilfellet. Mennesker uten spesiell religiøs bakgrunn kan ha en tro som gir deres liv en mening og et mål (Murray et al. 2004). Det spirituelle behovet er ofte en styrke for mennesker som opplever sykdom. Religion kan fungere som en fortolkningsramme og kan gi mening i vanskelige situasjoner. Filosofisk tenkning handler om det eksistensielle spørsmålet ved livet. Den filosofiske tenkningen kan styrke den enkelte til å opptre autonomt, tro på egne krefter og se muligheter framfor begrensninger. For pasienter med lungekreft i en palliativ fase, kan det eksistensielle og/eller spirituelle styrke pasientene i deres mestring av symptomopplevelsen. Ved å hjelpe pasientene til å få tilfredsstilt det eksistensielle og/eller spirituelle, vil dette kunne hjelpe dem til å finne mening i et liv preget av livstruende sykdom (Reitan 2010^b).

4.2 Metodediskusjon

Ved oppstart av denne litteraturstudien, ble det først bestemt at studien skulle ha et sykepleieperspektiv. Grunnet funn av resultat i forskningsartiklene ble det sett på som mest relevant å ha pasientperspektiv som fokus. Det ble derimot valgt å bringe inn sykepleieperspektivet i diskusjonsdelen for å kunne belyse studiens relevans i forhold til sykepleien, og hvorfor det er viktig for sykepleiere å vite noe om pasientenes symptomopplevelse. Med tanke på at hensikten tar for seg

pasienters opplevelse ble det hensiktsmessig å ha med både kvalitative og kvantitative studier. Flere kvalitative studier kunne ha bygget mer opp under pasientenes subjektive opplevelse, mens de kvantitative ga mer objektive fakta.

Gjennom artikkelsøket kunne det ha blitt tatt i bruk flere databaser som muligens kunne ha gitt flere relevante artikler. Enkelte artikler ga minimalt med resultat i forhold til hensikten, men grunnet begrensninger i forhold til blant annet verbale utfordringer og tidsbegrensning ble det ikke prioritert å finne andre artikler. Bruk av synonyme ord i søkeprosessen kunne også ha gitt andre, og muligens bedre resultat. Tiden begrenset også funn av primærkilder som blant annet teori om mestring av Lazarus og Folkman. Denne primærkilden var ikke å innhente på noen av de tilgjengelige bibliotekene, grunnet utlån og reservering. Mye av tiden gikk med til lesing av engelske forskningsartikler, hvor språket gir en verbal utfordring. Denne studiens tolkning av resultater kan i en viss grad ha blitt påvirket av språk. Resultatene kan ha blitt tolket noe ukorrekt på grunn av delvis manglende språkforståelse. Det kan også foreligge en mulighet for at denne studien kan ha blitt påvirket av forskernes egne tolkninger av sitt resultat.

De fleste forskerne som står bak resultatene i forskningsartiklene har sett på egne svakheter og styrker med sin forskning, i mer eller mindre grad. Dette gir en pekepinn på kvaliteten av forskningen som er gjort og vil styrke det etiske (Forsberg og Wengström 2013). Metodene brukt i forskningsartiklene har blitt sett på som passende for deres forskning, da dette ga svar på forskningens hensikt. De fleste kvantitative studiene har tatt i bruk over hundre informanter, og dette anses av denne litteraturstudien som en stor informantgruppe. To av de kvantitative artiklene hadde færre informanter, som kan gjøre det vanskeligere å bruke funnene til å generalisere i en større gruppe. Utvalgskriterier for informantene i forskningsartiklene var blant annet informantene måtte samtykke til deltagelse, være kognitivt oppegående og at de måtte forstå språket forskningsmetoden ble lagt fram på, samt hva forskningen hadde som hensikt. Dette gjør forskningen mer troverdig, da dette viser til at informantene har forståelse for innhold og kan gjøre rede for seg. Forskningsartiklene hadde opphav fra flere land. De forskjellige forskningsartiklene inkluderer ulike kulturer, som i seg selv kan gi både styrker og svakheter. Da forskningsartiklene ga mye av det samme resultatet kan dette indikere at valgt tema og hensikt i denne studien er høyst relevant i flere deler av verden.

Det ses på som en styrke i denne litteraturstudien at samme forfatter er med i tre av forskningsartiklene. Med dette vises forfatterens bevissthet og bekjentskap til valgt tema.

5.0 Konklusjon

Tema og hensikt i denne litteraturstudien blir høyst relevant for sykepleiefaget, nettopp på grunn av at pasienters symptomopplevelse i stor grad blir påvirket av pasientenes opplevelse av helsehjelpen som gis. Sykepleiere bør være klar over hva som kan lette symptomopplevelsen, og gjennom god og empatisk kommunikasjon gi pasientene den informasjon de har behov for. Slik vil sykepleiere kunne styrke pasientenes evne til kontroll og derav styrkes pasientenes mestringmuligheter. Dersom det skal kunne være mulig for pasienter med lungekreft å leve best mulig i en palliativ fase blir det vesentlig at sykepleiere klarer å kartlegge pasientenes indre og ytre ressurser. Pasientenes ressurser muliggjør for at de kan oppdage muligheter for mestring.

For at pasienter med lungekreft skal oppleve en meningsfull hverdag, og å kunne leve best mulig må pasientene kunne mestre hele symptombilde som oppstår. Symptomene som oppstår hos pasienter med lungekreft i en palliativ fase, gir ofte en kompleks og sammensatt opplevelse. Å se på symptomene dyspné og angst separat, vil være komplisert, da disse symptomene som regel ikke opptrer alene. Symptomene opptrer sammenhengende og påvirkes av hverandre. Dyspné oppleves av mange pasienter som ubehagelig og vanskelig å håndtere. Angst vil kunne oppstå på grunn av redsel for å dø og kveles som en direkte konsekvens av dyspné. Angst og dyspné påvirker hverandre, og vil kunne skape en ond sirkel. Angsten framprovoseres også av uvisshet og utrygghet som vil kunne true individets framtid, og derav ha negativ innvirkning på pasientenes mulighet til å leve best mulig i hverdagen. For at det skal være mulig å bedre opplevelsen av dyspné og angst, blir det vesentlig å behandle alle innvirkende symptomer. Pasientenes opplevelse av symptomene er subjektiv og kan kun beskrives av pasientene selv. Sykepleiere har i den sammenheng ikke bare en rolle for å observere det objektive, men å supplere det objektive med pasientenes subjektive opplevelse.

Denne litteraturstudien har hatt tilgang på god og relevant forskning som har kommet fram til hensiktsmessige resultater.

LITTERATURLISTE

- Bastøe L-K. H (2007) Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade, i: Mekki T.E (red). *Sykepleieboken 1 – grunnleggende sykepleie*, 3. utg., s. 27-54, Oslo, Akribe AS
- Brown J. K. et al. (2011) A symptom cluster and sentinel symptom experienced by women with lung cancer, *Oncology Nursing Forum*, 38 (6), s. 425-435
- Brunsvig P. F. (2010) Lungekreft, i: Reitan A M og Schjøllberg T K (red.) *Kreftsykepleie. pasient – utfordring – handling*, 3. utg., s.448-454, Oslo, Akribe AS
- Bruset S. (2010) Kreft og supplerende behandling, i: Reitan A M og Schjøllberg T K (red.) *Kreftsykepleie. pasient – utfordring – handling*, 3. utg., s.351-364, Oslo, Akribe AS
- Brustugun O. T. (2011) *Stråleterapi*:
<<http://www.oncolex.no/Home/Lunge/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Straleterapi/Palliativ%20stralebehandling%20lunge.aspx?lg=procedure>> [Nedlastningsdato: 09.05.13]
- Buchanan D. et al. (2010) Perceptions of anxiety in lung cancer patients and their support network, *Support Care Cancer*, vol. 18, s. 29-36
- Chan C. W. H., Richardson A. og Richardson J. (2005) A study to assess the existence of the symptom cluster of breathlessness, fatigue and anxiety in patients with advanced lung cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 9, s. 325-333
- Chan C. W. H., Richardson A. og Richardson J. (2011) Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: Results of a psychoeducational randomized controlled trial, *Journal of Pain and Symptom Management*, 41 (2), s. 347-357
- Chen E. et al. (2011) Symptom cluster in patients with lung cancer: A literature review, *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11 (4), s. 433-439
- Dalland O. (2010) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide H. og Eide T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forsberg C. og Wengström Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*, 3. utg., Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur

- Genç F. og Tan M. (2011) Symptoms of patients with lung cancer undergoing chemotherapy and coping strategies, *Cancer Nursing*, 34 (6), s. 503-509
- Haas M. L. (2010) Separating out the differences between lung cancers, i: Haas M. L. (red.) *Contemporary issues in lung cancer – A nursing perspective*, 2. utg., s. 3-16, Canada, Jones and Bartlett Publishers
- Henoch I. et al. (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care, *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 12, s. 86-96
- Henoch I. et al. (2007) The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer, *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (4), s. 370-379
- Henoch I., Bergman B. og Danielson E. (2008) Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer, *Psycho-Oncology*, vol. 17, s. 709-715
- Hoel M. B. og Lynes I. K. (2010) Sykepleieutfordringer ved lungekreft, i: Reitan A. M og Schjøllberg T. K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*, 3. utg., s. 455-464, Oslo, Akribe AS
- Howel D. (2010) Dyspnea management: A biopsychosocial approach, i: Haas M. L. (red.) *Contemporary issues in lung cancer – A nursing perspective*, 2. utg., s. 195-216, Canada, Jones and Bartlett Publishers
- Jacobsen D. et al. (2009) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2. utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Joyce M., Schwartz S. og Huhmann M. (2008) Supportive care in Lung cancer, *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (1), s. 55-67
- Kaasa S. (2007) Palliativ medisin – en introduksjon, i: Kaasa S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2. utg., s. 31-47, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Klepstad P. og Petersson J. (2007) Palliasjon på en intensivavdeling, i: Kaasa S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2. utg., s. 229-239, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kreftregisteret (2012) *Cancer in Norway 2010*:
<<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2010/>> [Nedlastningsdato: 04.04.13]

- Kreftregisteret (2013) *Lungekreft*: <<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Lungekreft/>> [Nedlastningsdato: 24.04.13]
- Langeland E. (2007) Mestring av psykiske helseproblemer, i: Gjengedal E. og Hanestad B. R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*, 3.utg., s. 355-371, Oslo, J.W. Cappelens Forlag AS
- Leppert W. (2011) Quality of life in patients with advanced lung cancer treated at home and at a palliative care unit, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29 (5), s. 379-387
- Liao Y.-C. et al. (2011) Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients, *Support Care Cancer*, vol. 19, s. 1743-1751
- Lorentsen V. B. og Grov E. K. (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i: Almås H., Stubberud D-G. og Grønseth R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*, 4.utg., s. 401–437, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Markussen K. (2004) Lesing og vurdering av forskningsartikler, *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 6, s. 40-44
- McCall S. J. (2012) *Management of Dyspnea in Cancer Patients*: <<http://www.oncolink.org/resources/article.cfm?c=424&id=1052>> [Nedlastningsdato: 02.05.13]
- Molassiotis A. et al. (2011) A qualitative exploration of respiratory distress symptom cluster in lung cancer: Cough, breathlessness and fatigue, *Lung Cancer*, vol. 71, s. 94-102
- Murray S. A. et al. (2004) Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers, *Palliative Medicine*, vol. 18, s. 39-45
- Nome O. (2010) Generell onkologi, i: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. (red.) *Kreftsykepleie. pasient – utfordring – handling*, 3. utg., s.367-398, Oslo, Akribe AS
- Nordtvedt P. og Grønseth R. (2010) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar, i: Almås H., Stubberud D-G. og Grønseth R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*, 4.utg., s. 17-32, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nygaard C. K. (2012) *Behandling av pasienter med dyspné*: <<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/873968/Behandling%20av%20pasienter%20med%20dyspn%20E9.pdf>> [Nedlastningsdato: 02.05.13]

- Nylenna M. (2009) *Medisinsk ordbok*, 7. utg., Oslo, Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co. A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA
- Oncolex (u.å.) Lindrende strålebehandling av lungekreft:
<<http://www.oncolex.no/no/Pasient%20og%20parorende%20info/Stralebehandling/Lunge/Lindrende%20lunge?lg=pasientinfo>> [Nedlastningsdato: 09.05.13]
- Pasacreta J. V., Minarik P. A. og Nield-Anderson L. (2006) Anxiety and depression, i: Ferrell B. R. og Coyle N. (red.) *Textbook of Palliative Nursing*, 2. utg., s. 375-400, New York, Oxford University Press
- Reitan A. M. (2010)^a Krise og mestring, i: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*, 3. utg., 72-99, Oslo, Akribe AS
- Reitan A. M. (2010)^b Mestring, i: Knutstad U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*, 3. utg., s. 74-107, Oslo, Akribe AS
- Rosén G. og Stiles T. C. (2007) Smertebehandling og psykologi, i: Kaasa S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2. utg., s.407-420, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sanders S. L. et al. (2010) Supportive care needs in patients with lung cancer, *Psycho-Oncology*, vol. 19, s. 480-489
- Siggerud M. A. (2010) Sykepleieutfordringer ved strålebehandling, i: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*, 3.utg., s. 150-160, Oslo, Akribe AS
- Smith E. L. et al. (2001) Dyspnea, anxiety, body consciousness and quality of life in patients with lung cancer, *Journal of Pain and Symptom Management*, 21 (4), s. 323-329
- Snoek J.E. og Engedal K. (2010) *Psykiatri*, 3. utg., Trondheim, Akribe Forlag
- Sæteren B. (2010) Omsorg for døende pasienter, i: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*, 3.utg., s.235-254, Oslo, Akribe AS
- Temel J. et al. (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer, *The New England Journal of Medicine*, 363 (8), s. 733-742
- Ugalde A. et al. (2012) Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment, *Support Care Cancer*, vol. 20, s. 419-423

Universitetssykehuset i Nord-Norge (2012) *Håndbok i lindrende behandling*:

<http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Intranett/Enhet/K3K/Dokumenter_2/handbok_lin.pdf>

[Nedlastningsdato: 04.05.13]

Varre P. (2010) Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi, i: Reitan A. M. og Schjøberg T. K. (red.)

Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling, 3.utg., s. 161-173, Oslo, Akribe AS

Volker D. L. og Coward D. D. (2010) End-Of-Life Care, i: Haas M. L. (red.) *Contemporary issues in lung*

cancer – A nursing perspective, 2. utg., s. 131-154, Canada, Jones and Bartlett Publishers

Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere	Hovedresultat	Kommentarer i forhold til kvalitet
Brown et al. USA 2011	Å beskrive tilstedeværelsen, alvorligheten og sammenhengen av symptomer hos kvinner med ikke-småcellet-lungekreft. Å beskrive sammenhengen mellom demografisk og klinisk karakteristikk, helsestatusfaktorer og meningen av sykdom med symptomopplevelse og symptomssammenheng. Å fastsette om sentinel symptomer var assosiert med tilstedeværelsen av en symptomssammenheng.	Kvantitativ Prospectiv, correlational study	196 Kvinner med lungekreft	De fleste kvinnene opplevde minst tre symptomer og en fem-symptomssklynge forekom hyppig og fortsatte i etterbehandlingen	-Ikke gjennomgått av etisk komité → Vurdert etisk av denne litteraturstudien. -Kun kvinner som informanter, kan derfor ikke generaliseres til begge kjønn -Metodeverktøy brukt for å kartlegge symptomer dekker ikke alle symptomer som forskerne ønsket å finne ut noe om -Informantene fikk betalt for hvert deltakende intervju <u>Vurdert som god:</u> -Godkjent av «institutional review board» -Av nyere dato -Informantene ga samtykke til å delta. De fikk deretter kopi av deres samtykke -Forskerne ser styrker

					og svakheter med sin forskning
Buchanan et al. Scotland 2010	Å undersøke lungekreftpasienters angst, psykiske symptomer, utførelsesstatus og deres oppfatningsevne av angst innad deres støttenettverk.	Kvantitativ Prospective observational evaluation	170 Lungekreftpas .	Når fysiske funksjoner svekkes og symptomer øker blir pasientene mer engstelig og oppfatter økt angst innen deres støttenettverk.	-Studien hadde kun ett inklusjonskriterie, som var at informantene måtte ha diagnosen lungekreft. Forskerne skriver at de kun har innhentet informanter fra én institusjon, og at dette da kan medføre en områdespesifisert opplevelse, og dermed ikke generaliseres. <u>Vurdert som god:</u> -Vurdert av etisk komité -Av nyere dato
Chan, Richardson og Richardson Kina 2011	Å undersøke effektiviteten av psykologisk undervisning på symptomsammengengen av angst, kortpusthet og fatigue, sammenlignet med vanlig omsorg	Kvantitativ Pre-test/post-test, Two-group, randomised controlled trial	140 Lungekreftpas .	Psykologisk undervisning er en lovende behandling for å lette på symptomene sammen og på symptomene alene.	-Ikke gjennomgått av etisk komité → Vurdert etisk i henhold til denne litteraturstudien - Forskerne har ikke beskrevet spesielle styrker og/eller svakheter ved studien. Vurdert som god: - Av nyere dato -Informantene måtte

					<p>kunne kommunisere på Kinesisk.</p> <p>-Informantene måtte samtykke til deltagelse.</p> <p>-Kognitiv funksjon oppgående.</p>
<p>Chan, Richardson og Richardson Kina 2005</p>	<p>Å fastsette eksistensen av symptomsammenhengene i forhold til kortpusthet, fatigue og angst</p>	<p>Kvantitativ Visuell Analog Skala (VAS)</p>	<p>27 Lungekreftpas .</p>	<p>Symptomene kortpusthet, fatigue og angst kan bli sett på som sammenhengende. Den høye intensiteten av denne sammenhengen demonstrerer at det er behov for intervensjon for å kunne håndtere disse symptomene samtidig.</p>	<p>-Årstallet blir ikke vurdert i denne litteraturstudien som av nyere dato</p> <p>-Forskerne i denne studien ser på antallet informanter som en svakhet da dette begrenser generalisering. De så også på det som en svakhet at informantene hadde varierende behandling. Dette kunne begrense resultatets validitet.</p> <p><u>Vurdert som god:</u></p> <p>-bruk av kjente metoder som f.eks. VAS</p> <p>-Forklaring av studiet ble utført vis-a-vis med pasientene</p> <p>-Vurdert av etisk komité</p> <p>-Informantene måtte</p>

					forstå språket skriftlig og muntlig, og være kognitivt oppegående -Informantene måtte samtykke til deltagelse
Genç og Tan Tyrkia 2011	Å finne sammenheng mellom de fysiske og de psykiske symptomene hos pasienter med lungekreft som gjennomgår kjemoterapi og deres mestringsstrategier.	Kvantitativ Four different questionnaires (Spørreskjema)	46 Lunge- kreftpas .	Tyrkiske pasienter med lungekreft opplevde ofte noen fysiske symptomer, spesielt smerte og fatigue, så vel som psykiske symptomer, inkludert somatisering og angst. Av mestringsstrategier ble det foretrukket en emosjonsfokusert mestringsstrategi.	-Studiet har kun rekruttert informanter fra øst i Tyrkia, og generalisering blir derfor begrenset <u>Vurdert som god:</u> -Vurdert av etisk komité -Demografisk og helse relatert informasjon hentet fra pasientjournal -Hver enkelt informant har fått verbal forklaring av studiet av en forskningsassistent -Informantene måtte være kognitivt oppegående og kunne forstå språket skriftlig og muntlig -Forskerne har sett styrker og svakheter med sin forskning
Henoch et al.	Å beskrive opplevelsen av dyspné og undersøke	Kvantitativ	105 Lunge-	Mestringskapasitet, aktivitetsutførelse og	-Forskerne ser behov for videre forskning

<p>Sverige 2008</p>	<p>dens relasjon til andre symptomer, personlige og helserelevante faktorer, og dens forutsetning hos pasienter med lungekreft</p>	<p>Descriptive and correlational design</p>	<p>kreftpas .</p>	<p>andre symptomer hadde sammenheng med forskjellige aspekter av dyspnéopplevelsen. Dimensjoner av dyspné, aktivitetsrelatert dyspné hadde sammenheng med angst, depresjon, fatigue og hoste, i tillegg til at det hadde negativ innvirkning på mestringskapasiteten</p>	<p>på dette temaet. <u>Vurdert som god:</u> -Vurdert av etisk komité -Informantene måtte forstå språket skriftlig og muntlig, og være kognitivt oppegående -Informantene måtte samtykke til deltagelse -Av nyere dato</p>
<p>Henoch et al. Sverige 2007</p>	<p>Å utforske lungekreftpasienters livskvalitet over tid i en palliativ setting og fastsette hvordan livskvalitet blir påvirket av symptomer, mestringskapasitet og sosial støtte</p>	<p>Kvantitativ Comprehensive set of questionnaires</p>	<p>105 lungekreftpas .</p>	<p>Aktivitet utførelse, angst, depresjon, delene av dyspné, smerte og de meningsfulle delene av mestringskapasitet hadde sammenheng med livskvalitet</p>	<p>-Forskerne anbefaler videre forskning for å undersøke viktigheten av dyspné og komponenter av dyspné hos terminalt syke pasienter. <u>Vurdert som god:</u> -Vurdert av etisk komité - Av nyere dato - Bruk av kjente spørreskjema som f.eks. VAS-skala. - Informantene måtte forstå språket skriftlig og muntlig, og samtykke til deltagelse.</p>

<p>Henoch, Bergman og Danielson</p> <p>Sverige</p> <p>2008</p>	<p>Å beskrive lungekreftpasienters opplevelse av dyspné og deres mestringsstrategier for dyspné</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Semi strukturert intervju</p>	<p>20</p> <p>Lungekreftpas .</p>	<p>Dyspnéopplevelsen er en kompleks opplevelse som påvirker livet til pasientene både med umiddelbare reaksjoner og langtidsreaksjoner som omhandler fysiske, emosjonelle og eksistensielle problemer. Pasientene håndterer denne opplevelsen med hjelp av mestringsstrategier for å kunne ta kontroll over situasjonen.</p>	<p>-Forskerne så på det som en styrke at utvalgte informanter hadde et bredt spekter av demografiske faktorer (alder, kjønn). Dette muliggjør for generalisering.</p> <p><u>Vurdert som god:</u></p> <p>-Vurdert av etisk komité</p> <p>-Av nyere dato</p> <p>- Informantene måtte forstå språket skriftlig og muntlig, og være kognitivt oppegående</p> <p>-Informantene måtte samtykke til deltagelse</p>
<p>Liao et al.</p> <p>Taiwan</p> <p>2011</p>	<p>Å undersøke nivået av symptomer, psykologisk ubehag og støttende omsorgsbehov og faktorer relatert til fem udekkede behov hos lungekreftpasienter</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Cross-sectional study</p>	<p>152</p> <p>Lungekreftpas .</p>	<p>Lungekreftpasientene hadde mild til moderat nivå av symptomer og høy forekomst av psykologisk ubehag. Uavhengig av deres behandlingsstatus rapporterte pasientene stort behov for støttende omsorg. De tre behovsområdene, helsesystem og informasjon,</p>	<p>-Ikke vurdert av etisk komité → Blitt etisk vurdert av denne litteraturstudien.</p> <p>-Forskerne ser behov for videre forskning i forandringer i omsorgsbehov så vel som å teste ut muligheter for intervensjoner og for hvordan å møte omsorgsbehovet hos pasienter med</p>

				psykologisk og pasientomsorg og støtte var de mest rapporterte. Nivået av symptomer, angst og depresjon var de mest betydelige faktorene innenfor behov for omsorgsstøtte	lungekreft. <u>Vurdert som god:</u> -Av nyere dato - Godkjent av «institutional review board» - Informantene måtte bekrefte at de forsto innholdet av studiet
Molassiotis et al. England 2011	Å utforske symptomopplevelsen til pasienter med kreft over en ettårsperiode, fra både et pasient - og et informativt pårørende-perspektiv	Kvalitativ Semi-strukturert intervju	44 Lunge- kreftpas . 16 pårøren de	Sammenhengende, påvirkende, respiratoriske symptomer har en sentral rolle i pasientens symptomopplevelse blant lungekreft-pasienter.	-Forskerne har ikke sett noen styrker og/eller svakheter med studien. <u>Vurdert som god:</u> -Vurdert av Etisk komité -Av nyere dato -Informantene måtte forstå språket skriftlig og muntlig, og være fysisk i stand til å delta i studiet -Informantene måtte samtykke til deltagelse -Forskerne har vurdert bruk av egen metode kritisk
Smith et al. USA 2001	Å evaluere livskvalitet og dyspné hos pasienter med lungekreft og sammenhengene mellom livskvalitet, dyspné, angst og	Kvantitativ Five questionnaires	120 Lunge- kreftpas .	Pasienter med høy dyspné-skår hadde dårligere livskvalitet. Dyspné var verre hos menn, enn hos kvinner, og det var en	-Årstallet blir ikke vurdert som av nyere dato -Ikke blitt gjennomgått av Etisk komité → Blitt etisk

	kroppsbevissthet			<p>trend at eldre pasienter rapporterte mer alvorlig dyspné enn yngre pasienter. Smerter og angst var høyere til pasienter med høy dyspné</p>	<p>vurdert av denne litteraturstudien.</p> <p>-Forskerne ser behov for videre forskning på assosiasjonen mellom dyspné og behandlings-metoder.</p> <p><u>Vurdert som god:</u></p> <p>- Informantene måtte forstå språket skriftlig og muntlig</p> <p>-Informantene måtte samtykke til deltagelse</p> <p>- En forskerassistent bisto informantene</p>
<p>Temel et al.</p> <p>USA</p> <p>2010</p>	<p>Å undersøke effekten av å introdusere palliativ omsorg i en tidlig fase, tidlig etter diagnostisering ut i fra pasient rapporterte utfall og omsorg ved livets slutt blant ambulerende pasienter med nylig diagnostisert sykdom</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Randomized, controlled trial</p>	<p>151</p> <p>Lunge- kreftpas .</p>	<p>Pasienter som mottok tidlig palliativ pleie hadde bedre livskvalitet enn pasienter som mottok standard omsorg. I tillegg hadde færre pasienter i den palliative omsorgsgruppen depressive symptomer enn de i en standard omsorgsgruppe.</p> <p>Pasienter som mottok tidlig palliativ pleie hadde mindre aggressiv behandling, og hadde lengre</p>	<p>-Ikke vurdert av etisk komité → Blitt etisk vurdert av denne litteraturstudien.</p> <p>-Forskerne ser at studiens funn må bli gjentatt i flere ulike omsorgssettinger og kreftpopulasjoner for å kunne generalisere funnene.</p> <p><u>Vurdert som god:</u></p> <p>-Godkjent av «institutional review board».</p> <p>-Forfatterne har skrevet under på at studien har fulgt</p>

				overlevelse enn pasienter som mottok standard omsorg	<p>protokoll for statistisk analyseplan</p> <ul style="list-style-type: none"> -Godkjent av informantenes onkologer -Av nyere dato -Informantene måtte forstå språket skriftlig og muntlig, og være kognitivt oppegående -Informantene måtte samtykke til deltagelse
Ugalde et al. Australia 2012	Å utforske nivået av udekkede behov og psykologisk ubehag hos inoperable lungekreftpasienter ved begynnelsen av behandling.	Kvantitativ Cross-sectional study	108 Lungekreftpas .	<p>Mennesker med lungekreft har høyt nivå av udekkede behov, spesielt i forhold til psykologisk og emosjonelt eller medisinsk kommunikasjon.</p> <p>Mennesker med lungekreft som er klassifisert som utmattet har flere udekkede behov.</p>	<p>Forskerne ser behov for videre forskning på påvirkningen av faktorer som andre symptomer, symptomburde, fysisk funksjon og tilfredshet med helsehjelpen.</p> <p><u>Vurdert som god:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Vurdert av etisk komité -Av nyere dato -Studien ble gjennomført ved et spesialisert onkologisk sykehus -Informantene måtte kunne forstå engelsk og være kognitivt oppegående.

					-Informantene ga samtykke til å delta
--	--	--	--	--	---------------------------------------

Vedlegg 2: ESAS skjema

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen døsigheit (Døsigheit=å føle seg søvnnig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsigheit
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ikke kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Best tenkelig velvære (velvære= hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell