

Bachelorgradsoppgave

Angst, depresjon og ønsket om en verdig død

Anxiety, depression and desire for a dignified death

Psykiske lidelser hos kreftpasienter i møte med døden

Mental disorders in cancer patients in the face of death

Sarah Elise Lea

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie. Kull 2010

2013



Avdeling for Helsefag
Levanger

Abstrakt

Introduksjon: 50 % av alle kreftpasienter har psykiatrisk komorbiditet. For pasienter med svært kort forventet levetid vil inntil 50 % ha en psykiatrisk tilstand. Angstlidelser og depresjon ses i denne gruppen hos 5-10 % av pasientene.

Hensikt: Belyse kreftpasientenes psykiske lidelser i møte med døden. Sykepleiere trenger mer kunnskap om psykiske lidelser hos pasienter med uhelbredelig kreft.

Metode: Oppgaven ble basert på en allmenn litteraturstudie. Det er en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt.

Resultat: . Angst er en av de vanligste årsakene til psykiatrisk konsultasjon hos terminalt syke kreftpasienter, dette knyttes til at pasientene har dårligere livskvalitet. Depresjon er en del av dødsprosessen, men det er få pasienter som blir behandlet for sine depressive følelser i møte med døden.

Diskusjon: Fysiske symptomer som kroniske smerter ved livets slutt påvirker forekomsten av angst og depresjon, pasienter med uhelbredelig kreft har derfor en mye større sannsynlighet for å lide av depresjon eller angst. Håp er viktig for å oppleve livskvalitet mot livets slutt, forskning viser at følelsen av håpløshet kan føre til ønske om eutanasi. Psykiske lidelser påvirker sorgprosessen og blir assosiert med håpløshet, angst og depresjon. Kartlegging og oppmerksomhet til pasientenes åndelige behov viser seg å ha effekt på om pasienter med terminal kreftsykdom får en verdig død.

Konklusjon: Å fremme håp og mestringsevne kan bedre livskvaliteten for den døende. Angst og depresjon forekommer ofte hos kreftpasienters siste fase av livet, dette påvirker om pasienten har en god sorg prosess og får en verdig død.

Nøkkelord: Kreft, terminal fase, angst, depresjon, åndelige behov, verdig død

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Hensikt.....	4
2.0 Metode	4
2.1 Søkestrategi.....	4
2.2 Utvalg og gransking av artikler som inkluderes i resultatet	5
2.2.1 Kildekritikk	6
2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	6
2.4 Analyse	7
2.5 Etske overveielser.....	8
3.0 Resultat.....	9
3.1 Angst og depresjon som begrensende for god livskvalitet	9
3.2 Angste og depresjon som begrensende av en god sorgprosess	11
3.3 Sykepleierens bidrag til å fremme en verdig død.....	12
4.0 Diskusjon	14
4.1 Resultatdiskusjon	14
4.1.1 Angst og depresjon som begrensende for god livskvalitet	14
4.1.2 Angst og depresjon som begrensende for en god sorgprosess	17
4.1.3 Sykepleierens bidrag til å fremme en verdig død.....	19
4.2 Metodediskusjon.....	22
5.0 Konklusjon	24

Litteraturliste

Vedlegg:

Vedlegg 1: Søkeshistorikk

Vedlegg2: Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Introduksjon

Årlig får omkring 26 000 personer i Norge kreft (Reitan 2010). Ifølge Loge og Ekeberg (2012) er det rapportert at så mange som 50 % av alle kreftpasienter har psykiatrisk komorbiditet. For pasienter med svært kort forventet levetid vil inntil 50 % ha en psykiatrisk tilstand. Angstlidelser og depresjon ses i denne gruppen hos 5-10 % av pasientene. Det er også vist at leger ikke identifiserer psykiatiske tilstander hos inntil 50 % av somatisk syke med psykiatrisk komorbiditet, fordi legene mener at pasientenes plager er forståelig fordi pasienten er så alvorlig syk (Loge og Ekeberg 2012).

For å få en forståelse av sykdom tar man utgangspunktet i den sykes livsverden og opplevelser av sin sykdom, «det å være syk». Slik kan sykdom forstås ikke bare som en diagnose eller som noe upersonlig, som *disease*, men det må også ses som noe som er personlig erfart, som *illness*. Sykepleie handler om å ikke bare se sykdom hos pasienten, men å hele tiden se den syke, som lever med sykdommen og dens smerter og ubehag den medfører (Nortvedt 2008). Å få en dødelig kreftdiagnose gjør at pasienten og familien står ovenfor mange nye utfordringer. Å være i krise er ingen sykdom, men en naturlig opplevelse som alle mennesker erfarer i løpet av livet (Reitan 2010).

Kreft er en fryktet sykdom og kreftsykdommer og kreftbehandling medfører subjektive plager. Psykiske lidelser er svært sentralt i de subjektive plagene ved kreftsykdommer, både i form av av symptomer som angst og nedstemthet, og i form av reaksjoner på håndtering av andre symptomer, som for eksempel smerte. Ved en beskjed om diagnose, tilbakefall eller progresjon vil de fleste pasienter reagere med redsel, fortvilelse, uvirkelighetsfølelse eller sjokk (Loge og Ekeberg 2012).

Pasienter som lever i usikkerheten, pasienter som gjennomgår en langvarig og intens cytostatika-behandling, er en utfordring for sykepleiere. For sykepleiere er det nødvendig å lytte til pasientens bekymringer, vise empati og ta den enkeltes opplevelser på alvor. God informasjon og det at pasienten er forberedt på de ulike fasene i kreftsykdommen, er vesentlig for at pasienten skal kunne mestre utfordringene, psykisk og fysisk (Varre 2010).

Psykisk lidelse er en fellesbetegnelse for lidelser og sykdommer som er kjennetegnet ved plagsomme psykiske symptomer med eller uten funksjonssvikt i dagligliv eller arbeid. Betegnelsen psykiske lidelser brukes kun dersom bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter blant annet lettere angst og depresjonslidelser. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager. Med psykiske lidelser menes tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de kan karakteriseres som diagnoser (Folkehelseinstituttet 2013).

Angst er når frykt oppstår uten grunn. Frykt er et naturlig beskyttelsesfenomen der kroppen gir oss melding om å være på vakt for fare (Snoek og Engedal 2008). Angst i forbindelse med den døende pasienten er ikke en følelse, men et kjennetegn på menneskets eksistens, eksistens kan forstås som det å stå ansikt til ansikt med døden. Denne angsten kan være rettet mot skjebnen og døden, tomhet og meningsløshet, skyld og fortapelse (Sæteren 2010). Identiteten til mennesker er sterkt knyttet til bevisstheten vi har til vår kropp, og tanken på at den vil bli borte kan opplevelser som ufattelig, truende og angstskapende for mange (Anvik 1996).

I en sen fase av sykdomsforløpet ses depresjon ved tap av funksjoner og roller, der pasienten ikke lenger klarer å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. Depresjon kan også være et resultat av behandlingen, det å være innlagt på sykehus og av det å ha en sykdom som er dødelig. Dette er en normal reaksjon på pasientens unormale sykdomssituasjon. Pasienten kan bli nedstemt og deprimeret når han får en slik alvorlig diagnose som kreft (Lorentsen og Grov 2010). Når den alvorlig syke og døende ikke lenger kan benekte konsekvensene av sykdommen, men må innse at døden er nær, vil de fleste oppleve depresjon. Depresjonen i den forbindelse er som regel en fortvilet erkjennelse av tap; av livet, av sosial status, av mennesker man er glad i og som man nå innser at man må forlate (Anvik 1996). Det finnes mange typiske symptomer på depresjon. Personen kan bli nedstemt, ikke føle glede, være trøtt, føle redusert selvtillit, ha nedsatt konsentrasjon, tanker om å ta sitt eget liv eller skade seg selv, ha nedsatt matlyst, konsentrasjon og oppmerksomhet (Snoek og Engedal 2008).

Terminal betyr slutt eller enden. I helsevesenet omtales menneskets siste livsfase også som den terminale fase (Sæteren 2010). Døden innebærer avskjed og utslettelse, den døende vil reagere på sin situasjon med å benytte seg av psykologiske forsvarsmekanismer. Det viser seg at døden ikke alltid er den døendes største bekymring, men at den døende pasienten opplever sterk angst og redsel for sin uhelbredelige sykdom. Pasientens kulturelle bakgrunn vil være med på å styre hvordan døden forstås. En religiøs livsholdning gir mennesker trygghet og trøst, at det er en gud, en oppstandelse og et evig liv (Anvik 1996).

Hem (2007) viser til en undersøkelse som sier at deprimerte kreftpasienter med kort forventet levetid, oftere ber om eutanasi enn de som ikke er deprimerte. Eutanasi er av gresk opprinnelse. Eu står for god, tanatos betyr død. Eutanasi betyr altså i følge sin opprinnelse « den gode død » (Hem 2005). Eutanasi betegner en handling der legen forkorter en pasients liv. Pasienten må være klar, og må vite hva han ber om. Frivillighet er altså et kriterie for at en handling skal karakteriseres som eutanasi. Eutanasi er en handling der legen forkorter pasientens liv og må være et resultat av at pasienten har gitt gjentatte uttrykk og anmodninger om hjelp til å dø (Store Norske Leksikon 2007).

Man tror ofte at smerter eller frykt er årsaker til at pasienter ber om eutanasi, men ingen studier har kunnet bekrefte dette. Ny forskning viser imidlertid at depresjon er en viktig årsak (Hem 2005).

Det å være døende påvirker pasientenes livskvalitet. Det finnes flere definisjoner på livskvalitet, men de fleste definisjoner beskriver livskvalitet som et subjektivt og flerdimensjonalt begrep som rommer både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet. Verdens helseorganisasjon har utviklet en definisjon av livskvalitet som er organisert i seks områder: et fysisk område, grad av avhengighet til andre, sosiale relasjoner, omgivelser og et område som dekker åndelighet, religion og personlig tro. Kreft rammer hele mennesket og dette gjør begrepet om livskvalitetens flerdimensjonale karakter til et svært hensiktsmessig begrep innen kreftomsorgen. Et subjektivt fokus er samtidig også verdifullt, da mennesker takler det å bli syk på ulike måter. Den samme sykdommen kan gi totalt ulike reaksjoner, avhengig av blant annet hvilken fase i livet personen er i, sosialt nettverk og tidligere erfaringer (Rustøen 2004).

Håp er knyttet til fremtiden og vil derfor være en viktig faktor i all pleie og omsorg. Ved kreftsykdom kan fremtiden for pasienten være usikker, dette er en grunn til at kreftsykdom medfører lidelse. Det er også hevdet at måten pasienten mestrer det å få kreft på, kan påvirke sykdommens utvikling, og studier peker også på positive sammenhenger mellom håp og overlevelse ved kreft (Rustøen 2004). Håp er en mental tilstand der pasienten har et ønske om å nå fram eller oppfylle et mål. Pasienter som har uhelbredelig kreftsykdom kan for eksempel håpe på å bli frisk, selv om sannsynligheten for at det vil skje er små eller ikke vil skje (Travelbee 2001).

Håp for den døende er ikke først og fremst knyttet til helbredelse, men håpet er knyttet til å få den hjelpen man trenger eller det å få en god dag. Når det går mot slutten vil håpet være knyttet til det at pasienten kan forsones seg med døden og få styrken som trengs til å forlate livet. Etterhvert som dødsprosessen er i gang, blir det å dø det mest naturlige som kan skje med pasienten. Når håpet om helbredelse svekkes vil de fleste oppleve angst og frykt (Sæteren 2010).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee er opptatt av å gi pasienten helhetlig omsorg. Joyce Travelbee beskriver åndelig omsorg som en del av helhetlig omsorg. Videre beskriver Travelbee hva som kreves av en sykepleier som skal ivareta en pasient med terminal sykdom. Den enkeltes åndelige verdier vil i stor grad bestemme hvordan en ser på sykdom. Sykepleierens livssyn og åndelige verdier og sykepleierens grunnsyn på sykdom og lidelse vil være avgjørende for om sykepleieren vil være istand til å hjelpe den terminalt syke pasienten (Travelbee 2001).

Lovverket slår også fast at sykepleiere har plikt til å respektere pasientens tro og skikker og til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Både i Forente Nasjoners menneskerettighetserklæring (FN), Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven kan man lese om dette (Schmidt 2007).

Sykepleiens grunnlag handler om at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheten, og være kunnskapsbasert. Herunder handler dette om at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, pasientens rett til helhetlig sykepleie, retten til være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund 2011).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse kreftpasientenes psykiske lidelser i møte med døden, der pasienten har fått en uhelbredelig kreftdiagnose. Sykepleiere trenger mer kunnskap om psykiske lidelser hos pasienter med uhelbredelig kreft. Dette utfordrer sykepleiere, og berører våre holdninger og verdier og spørsmålet om hva som er en verdig død.

2.0 Metode

Det finnes flere typer litteraturstudier, men den som blir brukt i denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan beskrives som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. For å gjøre en slik studie må man finne ut hva som finnes av forskning på området for å danne et bilde av bakgrunnen for det temaet som er valgt. Man skal analysere og beskrive de valgte studiene man vil ha med (Forsberg og Wengström 2003).

2.1 Søkestrategi

Denne litteraturstudien tar utgangspunkt i pasienter som har fått en dødelig kreftdiagnose, og som nå er i den terminale fasen av sykdomsforløpet. Oppgaven skal belyse kreftpasientenes psykiske lidelser i møte med døden og hvordan sykepleiere kan gi pasienter i denne fasen en verdig død, ut ifra kjennskap og kunnskap om pasientenes psykiske lidelser. Angst, depresjon og viktigheten av åndelige behov var i fokus ved leting av relevante artikler.

I denne litteraturstudien har OVID-søkemotor blitt benyttet for å finne forskningsartikler som besvarer hvilke psykiske lidelser kreftpasienter i den terminale fasen får og hvordan dette påvirker den siste tiden av livet. OVID-søkemotor er tilgjengelig for alle studenter ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, og Medline og PsycINFO er databasene som er blitt brukt i denne litteraturstudien. Medline er en bred database som dekker medisin, sykepleie og tannhelse. PsycINFO er en bred

database som dekker psykologisk forskning innen medisin, sykepleie og andre nærliggende områder tannhelse (Forsberg og Wengström2003).

For å finne artikler rettet til å besvare hensikten med oppgaven ble det brukt flere ulike søkeord i mange ulike kombinasjoner I forbindelse med søket ble følgende søkeord benyttet: *Mental disorders, anxiety, terminally ill, terminal cancer, depression, dignity, neoplasms, death, dying.*

For å avgrense søkene mest mulig ble det søkt artikler som er utgitt fra 2003 til dags dato. Det var også ønskelig at artiklene fulgte IMRaD-struktur og at hele og fulle teksten var tilgjengelig. At artiklene angikk mennesker var også en avgrensning som ble brukt. Det var ønskelig å finne forskningsartikler av både kvantitativ og kvalitativ metode for å belyse pasientens perspektiv.

Flere av artikler omhandler angst og depresjon og forekomst av dette i den terminale fasen, samt hva angst og depresjon fører til i denne fasen av livet. Underveis ble det oppdaget at flere artikler som omhandlet dette temaet tok for seg pasientenes ønske om å fremskynde døden og hva håp og åndelige helsebehov hadde og si for dem, samt mestring, håp og livskvalitet i møte med døden. Se *vedlegg 1: Søketabell*, for en detaljert oversikt over alle søkeord og søkene som ble gjort i forbindelse med oppgaven.

Det er også gjort flere søk i andre databaser, uten funn som ble funnet hensiktsmessig til besvarelse av problemstillingen i oppgaven, blant annet SVEMed og Cumulative index of nursing and allied health (Cinahl). Disse databasene var også noe mer ukjent og derfor mer utfordrende å søke i. I tillegg til forskningsartikler har det blitt benyttet faglitteratur og pensumbøker i besvarelsen.

2.2 Utvalg og gransking av artikler som inkluderes i resultatet

I utvalg og gransking av artikler som inkluderes i resultatet er alle artikler som er valgt ut etter søket lest i sin helhet. I denne delen av arbeidet er det også gjort kvalitetsgransking for å vurdere om artiklene var av god nok kvalitet. Et skjema hentet fra skolens hjemmesider ble i denne sammenheng brukt til å gjennomgå alle artiklene. Dette skjemaet var en vurdering av forskningsartikler og gjorde det oversiktlig å finne tilbake til artiklenes tittel, forfatter, type studie (kvantitativ eller kvalitativ), hovedfunn og resultater. Deretter ble artiklenes forfattere, år, land, hensikt, deltakere og hovedresultat beskrevet i en tabell, i samme tabell ble kvalitetsvurderingen tatt med, Se *vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler.*

2.2.1 Kildekritikk

Målet med all datainnsamling er å produsere data av høyest mulig grad av kvalitet. Alle avgjørelser underveis i arbeidet med oppgaven påvirker hvor god kvaliteten på resultatet blir, derfor bør alle beslutninger vurderes kritisk i den grad det er mulig (Polit og Beck 2012). Dette kan forstås med at materialet som er inkludert i oppgaven skal vurderes kritisk, og for å gjøre dette kan man stille en del spørsmål rundt materialet: hvor godt beskriver dataene det forholdet eller den situasjonen som hensikten er ute etter, er det noe som er blitt oversett, hva savnes av opplysninger? Dette er noen kritiske spørsmål som stilles for å kritisk vurdere materialet (Dalland 2012).

Internett, blant annet Google og tidsskrifter har også blitt brukt underveis for å finne teori som besvarer hensikten og for å finne litteratur som understøtter eller motsier resultatet. Under slikt arbeid er det viktig å være kritisk, da mye «der ute» kan være av ulik og varierende kvalitet. Man kan finne mye stoff gjennom internett, men man må stille spørsmål ved hvor relevant det som finnes er for denne oppgaven, med andre ord så skal det alltid utøves en viss kildekritikk. Det skal vurderes om kildene er faglige representative og oppdaterte (Pettersen 2008).

2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier

- Artikler i kvantitativt og kvalitativt design
- Artikler fra 2003 til dags dato
- Abstrakt
- Artikler som omhandler mennesker
- Voksne over 20 år
- Terminale kreftpasienter med psykiske lidelser
- Psykiske lidelser ved livets slutfase hos kreftpasienter
- Pasienter innlagt på sykehus, palliativ enhet
- Pasientperspektivet
- Kun pasienter med uhelbredelig kreftsykdom
- Kun artikler utgitt i helse relatert tidsskrift

Eksklusjonskriterier

- Artikler eldre enn år 2003
- Barn
- Spesifikke kreftsykdommer
- Pasienter med terminalomsorg i hjemmet
- Sykepleie- og pårørende perspektivet, da hensikten med oppgaven er å belyse pasientens subjektive opplevelser av psykiske lidelser ved livets slutfase.

2.4 Analyse

En analyse er et granskingsarbeid, meningen med analysen er å finne ut hva materialet eller dataene har å fortelle (Dalland 2012).

I denne studien er det gjort en tekstanalyse. Artiklens meningsenheter ble beskrevet i en tabell, og likheter fra meningsenhetene ble samlet til subkategorier. Likheter fra subkategoriene ble deretter samlet til kategorier. Her er et eksempel på hvordan det ble kommet frem til en av hovedkategoriene, hentet ut fra tekstanalysen.

Meningsenheter	Subkategori	Kategori
Posttraumatiske-stresslidelsessymptomer (PTSD) kan direkte påvirke sorgprosessen, og indirekte påvirke sorgprosessen ved sin effekt på angst. Sorgprosessen er en opplevelse som bestemmes av en kombinasjon av psykologiske, sosiale og fysiologiske faktorer (alder, pasientenes subjektive opplevelse på død og det å være døende). En god sorgprosess kan begrenses av håpløshet, angst og depresjon.	Post-traumatiske symptomer fører til angst som i sin tur fører til forberedende sorg og sorgprosess hos pasientene. Forberedende sorg er bestemmes av en kombinasjon av flere faktorer (psykologiske, sosiale og fysiologiske) og pasientens subjektive opplevelse på det å være døende.	Angst og depresjon som begrensende av en god sorgprosess

2.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler ikke bare om å følge regler, det betyr også at vi som sykepleiere må tenke igjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan disse utfordringene skal håndteres. Etiske overveielser er ikke bare en forutsetning for studentoppgaver og forskning, det er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiller opp med sine personlige erfaringer og opplevelser (Dalland 2012).

I arbeid med litteraturstudier gjøres en vurdering av de etiske aspektene i artiklene, det vil si at forskningen må følge retningslinjene fra etiske råd og retningslinjer for medisinsk forskning. Det kan ikke inkluderes forskning som inneholder uærlighet eller juks. Det er betydningsfullt å finne studier som er godkjent av etisk komité eller som viser at det er gjort etiske overveielser. Man skal presentere alle funnene enten de støtter eller ikke støtter hypotesen. Det er uetisk å bare bruke de artiklene som støtter forfatterens mening. Dette betyr at man skal være troverdig til kildene som benyttes (Forsberg og Wengström 2003).

I denne litteraturstudien er flertallet av de inkludert studiene godkjent av etisk komité og noen er ikke etisk godkjent. Artikler som ikke er funnet godkjent av etisk komité kan være fri for innhold om personlige opplysninger om pasientene (Dalland 2012), dette betyr at i artikler der mennesker er deltagerne i forskningen må det vises forsiktighet i forhold til at menneskets rettigheter blir ivaretatt (Polit og Beck 2012). Artikler som da ikke inneholder personlige opplysninger om pasientene vurderes å være av god kvalitet og relevante for å besvare hensikt og problemstillingen i denne studien, til tross for at de ikke er godkjent av etisk komité (Dalland 2012).

3.0 Resultat

I denne delen av oppgaven blir funn og resultater fra artiklene beskrevet, framstilt og redegjort for.

3.1 Angst og depresjon som begrensende for god livskvalitet

Brown et al. (2010) viser at depresjon har en mer gjennomgripende effekt enn angst, for livskvalitet hos kreftpasienter. Hos pasienter som testet positivt for enten smerte eller depresjon, eller begge, hadde et høyt antall av pasientene komorbid angst og depresjon. Enda fler hadde kun depresjon og ikke angst, færre hadde ingen av delene. Angst og depresjon har sterke og uavhengige foreninger med psykisk helse og somatiske symptomer hos kreftpasienter. Forskerne viser til at mer oppmerksomhet til både angst og depresjon kan være spesielt viktig når man skal kartlegge psykiske behov og somatisk symptomforverring, som for eksempel smerte. Betydningen av diagnostisering og behandling av angst og depresjon har vært anerkjent, ikke bare for å forbedre livskvaliteten, men også fordi det kan påvirke samsvar med behandling, lengde av opphold på sykehuset og evne til egenomsorg (Brown et al. 2010).

Troen på egen mestringsevne har en betydelig sammenheng med pasientens prestasjoner, det vil si at pasienter med høy sosial status viste seg å ha betydelig større mestringstro enn pasienter med dårlig sosial status. Det ble funnet at ytelsesstatus i seg selv bidrar til en forutsigbarhet av pasienters mestringstro. Pasientenes alder og kjønn bidrar også til mestringstro. Det ble funnet at eldre pasienter og menn opplever mer mestringstro, enn kvinner og yngre. Forskningen viser til teori om at diagnostisering i yngre alder gjør det vanskeligere å takle alvorlighetsgraden av sykdommen og at frykten for å være døende og det å dø er større hos denne pasientgruppen enn hos eldre, som kan være mer forberedt på å møte alvorlighetsgraden av sykdommen, samt døden. Psykososiale tiltak, spesielt gruppebasert terapi og fysisk aktivitet har vist gode resultater i å forbedre troen på egen mestringsevne hos pasienter med kreft i den terminale fasen (Mystakidou et al. 2010).

Det er ofte antatt at angst og depresjon påvirker forekomst og opplevelse av fysiske symptomer. Ingen sammenheng ble funnet mellom angst eller nedstemthet og tilstedeværelsen av fysiske symptomer. Pasienter som var engstelig eller deprimerte hadde høyere score for søvnløshet og tretthet; score for smerte, anoreksi, asteni, kvalme og dyspné var uavhengig av angst og/eller nedstemthet. Forholdet mellom angst, nedstemthet og nærvær og intensiteten av fysiske symptomer hos pasienter med uhelbredelig kreftsykdom, innlagt ved palliativ enhet, er svært begrenset (Teunissen et al. 2007).

Kolva et al. (2011) sier at angst i den terminale fasen hos kreftpasienter er knyttet til redusert livskvalitet. Angst er betydelig positivt korrelert med andre psykologiske faktorer, inkludert depresjon, håpløshet og ønske om å fremskynde døden, eutanasi. I tillegg rapporterte kvinner

betydelig høyere nivåer av angst enn menn. Deltakere som rapporterte at de ikke hadde tro på livet etter døden viste seg å ha lavest nivå av angst, etterfulgt av de med en klar og sterk tro på et liv etter døden. Deltakere som rapporterte en usikker eller "noe" tro på livet etter døden rapporterte betydelig høyere nivåer av angst. Når troen på et liv etter døden ble slått sammen til en to-nivå variabel (ingen tro vs. noe / klar tro), ble det rapportert at deltakere som hadde noe grad av tro på et liv etter døden rapporterte høyere nivåer av angst enn de som ikke hadde noe tro. Antidepressive og angstdempende medikamentbruk var også assosiert med høyere nivåer av angst (Kolva et al. 2011).

Videre i denne studien kommer det fram at angst er en av de vanligste årsakene til psykiatrisk konsultasjon hos terminalt syke kreftpasienter. Dette har vært knyttet til at pasienten har dårligere livskvalitet, økt nivå av søvnløshet og redusert tillit til leger. Kreftpasienter i den terminale fasen opplever angst rundt behandlingsprosessen, sykdomsutvikling, ukontrollert smerte, det å være døende og usikkerheten om hva som skjer etter døden (Kolva et al. 2011).

Ifølge Kolva et al. (2011) har angstsymptomer en forekomst på 25-48 % hos kreftpasienter med en uhelbredelig diagnose. Identifisert angst hos disse pasientene er ofte knyttet opp mot og viklet inn med andre psykiske plager som depresjon og bekymring rundt egen situasjon og sykdom. For å kunne oppdage angstsymptomene tidligere hos denne pasientgruppen må sykepleiere og annet helsepersonell ha en bedre forståelse av forekomsten av angst hos den terminalt syke pasienten. Slik kan man unngå redusert livskvalitet i kreftpasientens siste levetid. Nivået av angsten varierer ut i fra sosial støtte, religiøsitet, troen på livet etter døden og faktorer som kjønn og det å være ugift spiller også inn (Kolva et al. 2011).

Rabkin et al. (2009) viser til at depresjon ikke er uunngåelig som en del av dødsprosessen hos pasienter i den terminale fasen med kreft. Det viser seg at behandling av tretthet, tap av matlyst, kvalme, smerter og pasientens følelse av å være uvel, oftere blir behandlet enn psykososiale problemer. Det er få pasienter som blir behandlet for sine depressive følelser i den terminale fasen. Dette viser at det trengs mer oppmerksomhet til psykososialt velvære, pasientene trenger blant annet å være med sammen med nær familie den siste tiden. Dette viser seg også å øke livskvaliteten i den terminale fasen (Georges et al. 2005). Til tross for at det er lite fokus på psykososialt velvære hos kreftpasienter i livets slutfase, viser resultatene at selv om kreftpasienter i den terminale fasen lider av flere symptomer som påvirker dem psykisk, dør flertallet fredelig (Georges et al. 2005).

3.2 Angst og depresjon som begrensende av en god sorgprosess

Forholdet mellom angst, depresjon og sorgprosessen er ifølge Mystakidou et al. (2011) et komplekst og lite forstått område.

Mystakidou et al. (2011) tok for seg i hvilken grad angst formidler foreningen mellom post-traumatiske symptomer og sorgprosessen. Betydningen av disse funnene er at det å igangsette tiltak for å unngå post-traumatisk stress-symptomer er en viktig strategi for å avhjelpe angst og gjøre sorgprosessen lettere. Det indikeres at post-traumatiske symptomer direkte kan påvirke sorgprosessen og kan indirekte påvirke sorgprosessen ved sin effekt på angst (Mystakidou et al. 2011). Å fremme en fredelig død er et av de sentrale formål i den terminale fasen. Mystakidou et al. (2011) viser til at det trengs å utforske mer spesifikt hvordan man kan bedre omsorg for døende, basert på intervju og kartlegging av pasienter ved palliativ enhet, i den terminale fasen.

Det viser seg at medisinske pasienter sjelden er screenet for post-traumatisk stress lidelse (PTSD), og at de sjelden får systematisk og effektiv behandling for psykiske lidelser. Fordi psykologisk krise kan påvirke evnen til å overholde behandling og overlevelse, vil oppdagelse av psykologiske bekymringer kunne forbedre livskvaliteten for pasienten. Noe av årsaken til at post-traumatiske symptomer er forbundet med sorgprosessen, er fordi angst står delvis for den observerte sammenheng mellom PTSD-symptomer og sorgprosessen. Resultatene viser at symptomer på PTSD førte til angstsymptomer hos pasienten, som igjen førte til at pasientene forberedte seg på det å dø, sorgprosessen (Mystakidou et al. 2011).

Mystakidou et al. (2008) viser at sorgprosessen blir sterkt assosiert med håpløshet og angst, etterfulgt av depresjon. Følelser av depresjon, håpløshet og angst er vanlig hos personer som nærmer seg den terminale fasen av en sykdom. Mens mange pasienter klarer å unngå følelsen av å være kriserammet når de nærmer seg døden, får andre stor fortvilelse i løpet av sine siste uker eller måneder i livet. Fortvilelse ved livets slutfase vil kunne gi en generell følelse av håpløshet og kan i ekstreme tilfeller utvikle seg til et ønske om fremskynde døden eller tanker om å ta sitt eget liv. Det ble funnet tydelige sammenhenger mellom depresjon, angst og ønske om å fremskynde døden (Mystakidou et al. 2005).

3.3 Sykepleierens bidrag til å fremme en verdig død

I en studie av Mishra et al. (2010) ble pasientens psykologiske aksept av sykdommen og emosjonell krise som følger diagnosen, undersøkt. Pasientens sosiale og åndelige behov samt fremtidige bekymringer ble diskutert med pasienten, en-til-en. Det ble funnet at et flertall av pasientene, klar over sin diagnose, ikke var klar over sykdommens prognose. Det ble oppdaget en generalisert angst om behandling av sykdom og frykt for lidelse. De fleste pasientene foretrakk å holde åpenhet om diagnosen til de nær dem og ikke avsløre det offentlig. Økonomisk belastning ut av ressursene var et stort problem (Mishra et al. 2010).

Fremtidsbekymringer om deres egen kropp, oppgjør for sine barn, og familiens trivsel ble ifølge Mishra et al. (2010) sett hos nesten alle av pasientene. Studien sier at det blir stadig mer anerkjent som en krise hos pasienter med uhelbredelig kreft som fører til depresjon. Oppmerksomhet til psykososiale og åndelige behov til disse pasientene med fremskreden kreft er en integrert del av en effektiv palliasjon. Å gi tilstrekkelig smertelindring ved siden av er også avgjørende. Økonomiske bekymringer bør også være lettet til en viss grad, da pasienten føler at han forlater sin familie med gjeld pådratt av hans behandling. Behovene knyttet til slike spørsmål er vanskelig for pasientene å uttrykke, men sterkt følt av pasienter med kreft. Manglende evne til å gjøre ting som før utbruddet av sykdommen, viste seg å være et stort problem, spesielt hos yngre pasienter (Mishra et al. 2010).

Forstyrrelse av søvnsyklus var til stede hos en stor andel av pasientene. Mesteparten av pasientene ønsket å ha et sosialt liv til tross for sin sykdom. Noen pasienter opplevde at fremtiden var et tomrom. Leger og sykepleiere innrømmet at de er mest motvillige til å spørre om den psykologiske effekten av diagnose og behandling av kreft. De frykter det kan føre til mer skade enn hjelp og skape psykiske problemer. De er redd for at de kan ikke være i stand til å håndtere eventuelle problemer som de framprovoserer. De er redd for at de kan komme for nær pasientens lidelse og identifisere seg med dem. Det å bringe disse spørsmålene ut i det åpne, kan hjelpe disse terminalt syke pasientene med å komme til enighet med sine psykologiske behov. Det anbefales derfor at alle klinikere og helsetilbydere bør ta psykososiale helsebehov som en del av sin rutine i praksis (Mishra et al. 2010).

Nærhet til døden var ikke assosiert med høyere forekomst av psykiske lidelser. Det ble ikke funnet at forekomsten av depresjon- og angstlidelser økte når døden nærmet seg. Men pasientenes nivå av fysisk forverring, aksept av sin terminale sykdom, ønske om å dø og aksept for å dø, økte da pasientene nærmet seg døden (Lichtenthal et al. 2009). Ønske om å dø fredelig er en del av dødsprosessen, men blir for mange av pasientene hindret på grunn av følelser av angst, ensomhet og nedstemthet (Georges et al. 2004).

Pasienter med fremskreden kreft som har vedvarende smerter er dobbelt så sannsynlig at lider av en psykiatrisk komplikasjon, depresjon eller angst, som de uten smerte. Mystakidou et al. (2005) fant at ønske om å fremskynde døden var signifikant relatert til både sterke smerter og tilstedeværelse av depresjon. Likevel har andre studier ikke klart å observere en betydelig rolle av at smerter i forårsaker ønske om eutanasi. Det finnes liten forskning som har undersøkt hvilken rolle angst har i forhold til pasienters ønske om å fremskynde døden. Angst er ganske vanlig hos pasienter som får palliativ omsorg og kan redusere en pasients toleranse for fysisk symptomforverring, spesielt smerte. Symptomer på akutt stress og selv posttraumatisk stresslidelse kan oppstå når en person står overfor livets slutt. Det kan imidlertid, på grunn av overlappingen mellom angst og depresjon, være vanskelig å skille mellom disse to psykiske plagene ved livets slutt (Mystakidou et al. 2005).

Troen på et liv etter døden blir assosiert med lavere nivåer av eutanasi, håpløshet og selvmordstanker, men var ikke forbundet med nivåer av depresjon eller angst. Videre analyser indikerte at når nivåene av åndelighet ble kontrollert forsvant effekten av troen på et liv etter døden. Forfatterne konkluderte med at åndelighet har en mye kraftigere effekt på psykologisk fungering enn tro med tanke på pasienters tro på livet etter døden (Jacobsen et al. 2004).

Det er funnet at ønske om eutanasi er vanlig hos pasienter med kreftsmertner, men at det er lite som tyder på at smertelindring resulterer i at pasientene ikke har ønsker om å fremskynde døden. Pasienter med ønske om eutanasi hadde også større sjans for å ha depresjon. Det viser seg imidlertid at bedring av depresjon gir en prediktiv nedgang i ønske om å fremskynde døden. Forskningen viser at det trengs mer bevissthet rundt betydningen, vurdering og ledelse av samtidig depresjon hos pasienter med kreftsmertner (O'Mahony et al. 2005). Ando et al. (2010) utførte et én-ukes intervju av pasienter med kreft ved palliativ enhet. Hensikten med intervjuene var å kartlegge hvilken forbedring dette kunne gi av åndelig velvære, ved hjelp av randomisert kontrollert studie. Forskerne konkluderer med at dette har effekt med tanke på å tilrettelegge en følelse av mening, lindre angst og depresjon og fremme en god død. Dette kan derfor være nyttig for dødssyke kreftpasienter med psykologisk lidelse (Ando et al. 2010).

I en studie av Hack et al. (2004) ble kreftpasienter som hadde mindre enn 6 måneder igjen å leve undersøkt i forhold til følelse av verdighet og psykologisk trivsel. Resultatene baseres på 6 faktorer som ble tatt i vurdering: intim avhengighet, håpløshet og depresjon, i hvilken grad pasienten hadde et uformelt støttenettverk som for eksempel venner og familie, og i hvilken grad pasienten hadde et formelt støttenettverk, som for eksempel sosial støtte, livskvalitet og smerte. Resultatene viser at selv om de fleste av pasientene har en intakt følelse av verdighet, rapporterte 46 % av pasientene

noe eller sporadisk tap av verdighet. 7,5 % av pasientene indikerte at tap av verdighet var et betydelig problem. Det viser seg at verdighet i livets slutfase bør inkludere metoder for behandling av depresjon, fremme håp, og legge til rette for funksjonell uavhengighet (Hack et al. 2004).

4.0 Diskusjon

Diskusjonen er todelt; Resultatdiskusjonen knytter resultatet sammen med teori og annen forskning, og diskuteres, tolkes, vurderes og reflekteres opp i mot litteraturstudiets hensikt og hvor relevant det er opp i mot praksis. I metodetdiskusjonen diskuteres litteraturstudiets fremgangsmåte, samt at den belyser studiets fordeler og svakheter.

4.1 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen tar utgangspunkt i studiens hovedresultater som diskuteres opp i mot annen forskning og bakgrunns litteratur. Det benyttes fagartikler, ulike retningslinjer og fagbøker for å diskutere de viktigste resultatene av de inkluderte artiklene.

4.1.1 Angst og depresjon som begrensende for god livskvalitet

Kolva et al. (2011) viste til at angst er betydelig positivt korrelert med psykologiske lidelser, inkludert depresjon, håpløshet og ønske om å fremskynde døden, samt dårligere livskvalitet. Deltakere i studien som rapporterte at de ikke hadde noe tro på et liv etter døden hadde lavere nivåer av angst, etterfulgt av de med en klar tro på et liv etter døden. Deltakere som rapporterte en usikker eller "litt" tro i på et liv etter døden rapportert betydelig høyere nivåer av angst. At angst og depresjon er den vanligste og hyppigste psykiatriske tilstanden hos terminalt syke kreftpasienter støttes også av Helsedirektoratet (2012). At pasienter med uhelbredelig kreft sjeldent får systematisk og effektiv behandling for sine psykiske lidelser er uheldig, da psykisk krise hos pasienten kan påvirke sykdomsforløpet og at oppdagelse av de psykiske lidelsene kan forbedre livskvaliteten for pasienten (Mystakidou et al. 2011).

Flere av studiene viste at fysiske symptomer, som kroniske smerter ved livets slutt, påvirker forekomsten av angst og depresjon. Pasienter med uhelbredelig kreft med kroniske smerter hadde en mye større sannsynlighet for at lider av depresjon eller angst (Mystakidou et al. 2005 og Brown et al. 2010). En annen studie viste imidlertid at pasienter med depresjon hadde høyere forekomst av symptomer på angst og nedstemthet, men at forholdet mellom angst og intensiteten av fysiske symptomer var svært begrenset (Teunissen et al. 2007). Kreftsykdommen medfører angst, depresjon, kraftløshet og funksjonsnedsettelse, og det er viktig for pasientenes livskvalitet at disse problemene behandles parallelt med smerten. Forskningen sier at det ikke var sammenheng mellom

tilstedeværelse av fysiske symptomer og depresjon (Teunissen et al. 2007), men depresjon og angst i tillegg til smerte kan gjøre smertelindringen vanskeligere (Bjørgero 2004). O' Mahony et al. (2005) viste imidlertid til at det trengs mer bevissthet rundt betydningen av depresjon hos pasienter med kreftsmarter.

Helsedirektoratet (2012) viste til studier som sa at fysisk aktivitet generelt er godt dokumentert for kreftpasienter ved palliativ enhet. Videre stod det at studier av fysisk aktivitet hos kreftpasienter generelt viste at tilpasset trening både under og etter kreftbehandling har positiv effekt på fysiologiske og psykologiske faktorer som fysisk funksjon, psykisk velbefinnende, søvn og livskvalitet. Det var ikke dokumentert negativ effekt av fysisk aktivitet hos pasienter i palliativ fase ifølge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet 2012). Forskning av Georges et al. (2005) viste at det var for lite fokus på psykososialt velvære hos terminale kreftpasienter og at kreftpasienter lider av symptomer som påvirker dem psykisk, dette viste seg å påvirke dødsprosessen og om pasienten dør fredelig.

Espnes og Smedslund (2009) beskriver hvordan mestringstro har en sammenheng med angst, dersom man ikke har tro på at man kan mestre noe man er redd for, desto mer angst føler man. De mener at dersom sykepleiere har kunnskap om klientens mestringstro, kan sykepleieren hjelpe pasienten til å oppleve mindre angst (Espnes og Smedslund 2009). Mestringsevnen hos pasientene har en betydelig sammenheng med pasientenes sosiale status. Det viste seg at yrkesstatus i seg selv bidrar til større mestringstro hos pasientene og at troen på egen mestring påvirker livskvaliteten ved livets slutt og som derfor kan påvirke pasientenes opplevelse av det å dø (Mystakidou et al. 2010). Dette støttes av Reitan (2004) som sier at gjennom støtte og omsorg kan sykepleiere hjelpe den kreftsyke til å håndtere følelsesmessige reaksjoner samt praktiske og sosiale utfordringer. Mestringsevnen kan oppfattes som en sum av flere faktorer; indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter man bruker for å finne igjen meningen med livet, samt beherskelse, toleranse og redusering av de ytre og indre belastninger pasienten blir utsatt for (Reitan 2004).

Rustøen (2004) beskriver som tidligere nevnt at livskvalitet ses som et subjektivt og flerdimensjonalt begrep som omhandler både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet, dette sier noe om at livskvalitet har utgangspunkt i det enkelte menneskets egne opplevelse av sitt liv. Kvåle (2002) sier at alle mennesker har behov for kjærlighet og tilhørighet, og behov for menneskelig kontakt er dessuten et viktig kriterie for god livskvalitet. Kvåle (2002) viser dessuten til undersøkelser som sa at familie og venner er de viktigste kildene til sosial støtte for mennesker som opplever en alvorlig sykdom.

Ifølge Rustøen (2004) viste det seg at kvinner under 55 år har det bedre med tanke på sosioøkonomisk status og mulighet for sosial støtte, samtidig som de i tillegg ga uttrykk for å ha flere emosjonelle og finansielle bekymringer, flere udekkede praktiske behov og større problemer med å takle hverdagen som følge av den medisinske behandlingen, enn eldre kvinner. Dette sier noe om at det er store individuelle forskjeller som gjør at det blir ekstra viktig å ta utgangspunkt i det enkelte mennesket. I studien av Mystakidou et al. (2010) viste det seg at ulike psykososiale tiltak som fysisk aktivitet og gruppebasert terapi gir positiv effekt i å forbedre troen på egen mestringsevne i den terminale fasen. Dette støttes av Loge og Ekeberg (2004) som viser til forskning som sier at kreftpasienter som går til psykoterapi, lever lenger.

Håp er viktig for opplevelse av livskvalitet gjennom hele sykdomsforløpet. En profesjonell sykepleiers oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet, dette innebærer også å hjelpe pasienter som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp (Travelbee 2001). Hun sier at håp trolig gjør flere i stand til å bære byrdene av sykdom og funksjonssvikt, enn noen annen enkeltfaktor.

I praksis betyr det at sykepleierens kunnskap om god kommunikasjon og evnen til å stille åpne spørsmål kan hjelpe pasienten til å reflektere over livet, noe som kan gi økt livskvalitet (Rustøen 2004). Kolva et al. (2011) sier blant annet at pasienter med en blandet depresjons- og angstlidelse har stor opplevelse av håpløshet samt et større ønske om eutanasi, dette støttes av O'Mahony et al. (2005) som har funnet at bedring av depresjon gir en nedgang av ønske om eutanasi.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver at som sykepleier skal man understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, samt ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund 2011).

En studie fra Norge viste til at av 216 inneliggende kreftpasienter hadde så mange som 44 % av pasientene både angst og depresjon, og de som hadde smerte og i tillegg sliter med psykisk lidelse eller ubehag, rapporterte at smertene påvirket deres dagligliv i større grad enn de som ikke hadde psykisk ubehag. De hadde i tillegg lavere tilstedeværelse av håp og dårligere livskvalitet. Dette sier noe om hvor viktig det er at helsepersonell må opprettholde håp hos pasientene i tillegg til å redusere «verstefallstenkning» og derfor kartlegge både angst og depresjon hos pasienter som sliter med sterke smerter ved livets slutt (Utne 2011).

Ando et al. (2010) sier at lindring av psykiske og eksistensielle lidelser hos kreftpasienter i den terminale fasen har stor betydning, fordi dette er relatert til livskvalitet, en god død, depresjon, ønsket om eutanasi, håpløshet og ønsket om å ta sitt eget liv. Men ifølge Ando et al. (2010) har også mange studier utforsket hvilke effektive strategier som kan lindre psykiske lidelser basert på konsepter om pasientens verdighet og mening med livet. Ando et al (2010) viser blant annet til en studie som har vist seg å være lovende for å lindre psykiske og eksistensielle lidelser hos terminalt syke kreftpasienter, men at ingen intervensjon av denne typen har blitt bekreftet å være effektiv (Ando et al. 2010).

4.1.2 Angst og depresjon som begrensende for en god sorgprosess

Ifølge Mystakidou et al. (2011) kan PTSD-symptomer direkte påvirke sorgprosessen, og indirekte påvirke sorgprosessen ved sin effekt på angst. Posttraumatisk angst handler om at pasientene er preget av påtrengenheter og unntakelse. For å unngå posttraumatisk angst må pasienten derfor prøve å unngå alt som minner om kreften, det kan være å skru av tv når det dukker opp på nyhetene, unngå å lese det i avisen og forby pårørende å snakke om kreften (Kvåle 2002). Pasientene får angst for døden og alt døden innebærer. Pasienter i den terminale fasen vil ha tanker om døden og ofte også dødsangst. Det viser seg at for mange er vissheten om dødens uunngåelighet forbundet med ro, frykt eller likegyldighet. Dette er reaksjoner på dødsprosessen som sykepleiere må ha kunnskap om for å hjelpe pasienten best mulig i den terminale fasen. Dødsangst kan gi ulike symptomer og atferd og det kan være vanskelig å tolke disse på riktig måte (Anvik 1996).

Forskning av Mystakidou et al. (2008) viste at sorgprosessen er sterkt knyttet sammen med opplevelsen av håpløshet og angst etterfulgt av depresjon, og Sæteren (2004) beskriver også hvordan psykiske reaksjoner griper sorgprosessen. Intens angst, følelse av ensomhet, forlatthet og isolasjon er ofte reaksjoner pasientene får, selv de pasientene som har et fungerende sosialt nettverk opplever ensomhet og forlatthet.

Sykepleiere følger pasientene over lang tid i sykdomsforløpet og har derfor mulighet til å observere og danne seg et bilde av mestringsevnen til både pasient og pårørende, gjennom samtaler og observasjon (Sæteren 2004). Videre skriver Mystakidou et al. (2008) at flertallet av pasientene opplevde stor fortvilelse i løpet av sine siste uker eller måneder, dette viste seg i ekstreme tilfeller å utvikle seg til et ønske om eutanasi eller tanker om å ta sitt eget liv, som en konsekvens av å være kriserammert og følelsen av håpløshet.

Eutanasi er som nevnt oftest bedt om og ønsket av deprimerte kreftpasienter med kort forventet levetid. Selv om det ofte er antatt at smerter eller frykt er årsak til at pasienter ber om eutanasi, har ingen studier kunnet bekrefte at smerter, frykt eller pasienter som føler en sterk fortvilelse, øker ønsket om eutanasi (Hem 2005, Kolva et al. 2011, O'Mahony et al. 2005). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sies det at sykepleieren ikke skal bidra til aktiv dødshjelp (eutanasi) og skal ikke hjelpe pasienten til selvmord (Norsk sykepleierforbund 2011).

Forskning av Georges et al. (2005) og Mystakidou et al. (2008) viste at det var vanskelig å skille mellom det som er normale psykiske reaksjoner og det som omtales som psykiske lidelser, og at det derfor må ses som to adskilte dimensjoner. Dette støttes av Loge og Ekeberg (2012) som beskriver at engstelse, bekymring og nedstemthet er normale følelser ved belastende livshendelser som det å ha en uhelbredelig kreftsykdom. Det er derfor viktig å vite hva som betegnes som normale følelsesreaksjoner og psykiske lidelser, for å kunne skille disse. Intensitet, stabilitet, varighet og funksjonelle konsekvenser er faktorer som kan skille de normale reaksjonene fra det som er en psykiatrisk tilstand eller lidelse. Pasienter som har en psykiatrisk lidelse før kreftsykdommen har oppstått, har en større risiko for å utvikle en psykiatrisk lidelse under sykdomsforløpet, dette sier noe om viktigheten av å kartlegge pasientens sykdomshistorie (Loge Ekeberg 2012).

Travelbee (2001) henviser til ulike definisjoner på det å være syk og sykdom, der syk er noe som forårsaker eller følges av smerte, plage eller ubehag. Sykdom defineres som en usunn tilstand i kropp eller sinn. Definisjonene gir altså kriterier på sykdom, men sier ingenting om opplevelsen av det å være syk. Videre beskrives lidelse som en erfaring som oppleves og gjennomlevs av individet. For å kunne erfare lidelse, må individet oppleve situasjonen som noe smertefullt. Det finnes også mennesker som lar vær å søke lindring, fordi de har en religiøs overbevisning; en tro på at lidelsen har en verdi (Travelbee 2001).

Kreftforeningen (2013) beskriver at sorgprosessen starter allerede når den alvorlige diagnosen blir stilt, både fordi pasienten kan oppleve at helsen er svekket og fordi ordet kreft har satt igang ulike psykiske reaksjoner hos pasienten. Ifølge Kreftforeningen (2013) er det ulike måter å møte sorgen på. Noen kan ha stort behov for å gå inn i tanker og følelser, mange ønsker å snakke om hvordan de har det, mens andre har mer behov for å sørge alene. Noen gråter mye ved sorg, mens andre gråter mindre eller ikke i det heletatt. Det som er viktig å vite er at sorg er en normal reaksjon ved tap og rammer både pasient og pårørende ved kreftsykdom. Sorg i forbindelse med døden er for mange vanskelig og noen synes det hjelper å se på døden fra naturens side, at mennesker er skapt for å møte og takle de utfordringene livet har å by på, også død og sorg (Kreftforeningen 2013).

En psykolog ved kreftsentret på Ullevål Universitetssykehus forteller om stor pågang fra pasienter som ønsker samtale med psykolog, alene, med familie eller i gruppe med andre. Prosjektet som handler om å gi pasienter og pårørende et tilbud om samtale som skal finne tilbake til håp, energi og styrke til å mestre sykdommen. Reaksjoner på diagnosen og bekymringer om fremtiden skaper ofte angst. Psykolog Gerd Gulbrandsen forklarer viktigheten av at pasientene får satt ord på hvordan en har det. Angst, sorg og sinne er normale reaksjoner hos kreftpasienter, ofte fordi pasientene er redd for at de kan dø (Strand 2008).

4.1.3 Sykepleierens bidrag til å fremme en verdig død

Det at fysiske symptomer oftere blir behandlet enn de psykiske kommer tydelig frem i flere av studiene (Teunissen et al. 2007). Det er få som blir behandlet for psykososiale problemer, noe som påvirker dødsprosessen. Å få en verdig død og ønsket om å dø fredelig er en del av dødsprosessen, men for at denne prosessen skal bli ivaretatt må sykepleiere bruke mer tid på observasjon og ha mer oppmerksomhet til de psykososiale problemene hos pasientene, dette gir igjen økt livskvalitet mot livets slutfase (Rabkin et al. 2009). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og bidra til en verdig død (Norsk sykepleierforbund 2011).

Varre (2010) beskriver hvordan de psykiske aspektene hos terminale kreftpasienter er en utfordring for sykepleiere. Det viser seg at det er mangel på kunnskap og erfaring og sykepleiere må alltid vise empati og ta den enkeltes opplevelser av sykdommen på alvor. Pasientene er i en krise, men sykepleiere fokuserer på sykdommen der det fysiske er mest tydelig. Det er viktig å huske at pasienter i denne situasjonen ikke har en sykdom, men at krise er en opplevelse som de fleste mennesker vil oppleve iløpet av livet.

Når sykepleiere skal hjelpe pasientene gjennom sykdommen og hjelpe til å mestre dens konsekvenser og lindre dens ubehag, må sykepleiere i tillegg til parametere, blodprøvesvar og stetoskopet, ha kunnskap om hvordan man kan forstå og se pasientens egen levde verden, pasientenes livsverden. Ivaretagelse av pasienter avhenger derfor av en forståelse av det subjektive aspektet ved sykdommen (Nortvedt 2008). Ifølge Lichtenthal et. al (2009) ble det ikke funnet at følelsen av angst og depresjon økte når døden nærmet seg, men at de fysiske forverringene som for eksempel smerter økte da døden nærmet seg, det samme forsterket også ønsket om å dø og det å akseptere at døden nærmet seg.

Travelbee (2001) sier at noen pasienter er i stand til å akseptere sykdom og lidelse på bakgrunn av sin religiøse overbevisning. Pasienter med en religiøs tro har en reaksjon som er basert på innsikt og overbevisning om det deres religiøse tro lærer dem. Videre forklarer Travelbee (2001) at det også er individuelle reaksjoner på smerte som bestemmes av flere faktorer, smertens årsak, varighet og intensitet og i hvilken grad det gis smertelindring ved hjelp av legemidler. Videre står det at reaksjoner på smerte også påvirkes av pasientens kulturelle bakgrunn, livsfilosofi og religiøs overbevisning, og om det er angst og frykt som vekkes av smertene.

Det er ikke lett å skille mellom åndelige og psykiske reaksjoner hos døende pasienter. Sykepleieren skal forholde seg til at mennesket består både av kropp, sjel og ånd. En pasient som lever med kreft og som vet at det å dø er det eneste alternativet får dype konsekvenser for hele mennesket, kroppslig, sjelelig, åndelig og sosialt. De psykososiale og åndelige problemene, angst og frykt samt følelsen av ensomhet, meningsløshet og tomhet, er ofte noe av det som følger med det å dø og påfører pasient og pårørende mye lidelse. Å ta vare på mennesket som en helhet er helsepersonellens mål – hver enkelt pasient skal alltid møtes som et helt menneske (Sæteren 2010).

Den døende pasienten erfarer ofte en kraft utenfor seg selv ved livets grense, og mennesket kan få tilgang til en del av livet som de ikke hadde tilgang til tidligere, i disse situasjonene er det viktig at sykepleiere er vare ovenfor pasientene. Noen snakker med sine nærmeste om det, mens andre trenger hjelp til å sette ord på dette, stille spørsmål og ha noen å snakke med. For sykepleiere betyr dette at relasjonsforholdet må være sterkt og at det må være god tillitt og gjensidig respekt mellom sykepleieren og pasienten (Sæteren 2010).

Forskning av Jacobsen et al. (2004) sier at åndelighet har en kraftig effekt på psykologisk fungering. For pasienter som har vært religiøse gjennom hele livet, blir religion en viktig ressurs i tilnærmingen til det å være døende og det å dø. Pasienter med terminal sykdom søker støtte ved å vende seg til religionen. Sykepleiere får en nær kontakt med sine pasienter og i den terminale fasen er det svært viktig å være oppmerksom på pasientens religiøse/åndelige syn og behov. Ifølge Speck (2011) handler religiøsitet om et bestemt system av tro og det å tilbede uttrykk for en underliggende åndelighet, og eksistensielle syn kan forstås som det å søke etter eksistensiell mening innenfor en livserfaring, vanligvis med referanse til en annen energi enn den selv, ikke nødvendigvis kalt Gud.

Sykepleieren må vite om pasienten har et avklart forhold til religiøse spørsmål og sørge for at pasienten opplever lindring ved å lytte og samtale med pasienten om dette. Å lindre smerte og andre plagsomme symptomer er et hovedmål i all psykisk omsorg, fordi smerter og plager som pasienten opplever vil påvirke pasientens muligheter til å bearbeide tanken på døden og forberede seg på livets slutt. Dette tar tid, det vil også si at sykepleiere må gi pasienten lov til å ta seg den tiden som er

nødvendig. En annen begrensende faktor for om pasienter tør å snakke om sine eksistensielle behov og problemer kan være sykepleieres tidspress i en travel sykehusavdeling, mangel på tid er en realitet som ofte kan hindre sykepleiere i å møte pasientenes behov på en god måte (Anvik 1996).

Det viste seg at det er mangel på verktøy i dagens helsevesen som tar for seg identifisering og kartlegging av åndelige behov og spørsmål. Dette viser hvilke verdier og prioriteringer som gjøres, i det som blir sett på som viktig. Ifølge Schmidt (2007) sier datatilsynet at det bare er tillatt å oppbevare data som er saklig begrunnet ut fra behandling og pleiebehov, men sykepleiens grunnlag bygger på at sykepleieres helhetlige omsorg skal ivareta det åndelige/eksistensielle på lik linje med det fysiske, psykiske og sosiale. Det er derfor viktig at dette blir dokumentert slik at alle som er involvert i pleien er klar over pasientens åndelige og eksistensielle behov (Schmidt 2007).

Observasjon er også viktig for å kartlegge åndelige behov. I praksis betyr det at sykepleieren kan observere hvordan pasienten uttrykker seg, hva som henger på veggene, at det ligger en Bibel eller salmebok på nattbordet, eller kanskje Koranen på øverste hylle. Hva pasienten lytter til på radio eller ser på TV. Alt dette kan fortelle mye om pasientens tro og livssyn, for det er ikke alltid lett for pasienten å sette ord på åndelige behov og samtale om dette (Schmidt 2007).

Hack et al. (2004) viste til forskning som sier at de fleste opplever en intakt opplevelse av verdighet, men allikevel viste det seg at 7,5 % av disse pasientene opplevde at tap av verdighet i møte med døden var et betydelig problem og ifølge Lichtenthal et al. (2009) er både pasientenes opplevelse av fysisk skrøpelighet og ubehag en påminnelse om ens fysiske eksistens som kan føre til økt avhengighet av andre og et potensielt tap av verdighet som igjen kan forstyrre eksistensiell trivsel hos pasienten. Pasienter som har akseptert sin skjebne ønsket at livet skulle ende med verdighet sammen med tilstrekkelig smertelettelse (Mishra et al. 2010).

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleiere ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder også ivareta pasientens rett til helhetlig sykepleie, retten til være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette støttes også av Joyce Travelbee som er opptatt av helhetlig omsorg, hun beskriver åndelig omsorg som en del av helhetlig omsorg (Travelbee 2001). Ifølge Ando et al. (2010) finnes det i dag altfor lite informasjon om effektiviteten av psykoterapi i forhold til å forbedre åndelig velvære hos kreftpasienter i møte med døden og at det å kartlegge pasientenes opplevelse av meningen med livet og utfylling av HADS hadde stor effekt i forhold til å forbedre åndelig velvære, lindre psykososiale symptomer og at det fremmer en god død.

Denne studien viser at psykiske lidelser og åndelige behov ikke kan ses som to adskilte dimensjoner, men at disse har en gjensidig påvirkning (Sæteren 2010). Dette gjenspeiles i det helhetlige menneskesynet som sier at sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet i sykepleien har som hensikt å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom. Alle aktiviteter og funksjoner som sykepleieren gjør skal bidra til dette (Travelbee 2001).

4.2 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres veien mot målet med oppgaven. Her utfordres man til å beskrive veien og redegjøre for valgene som er tatt underveis. Dette innebærer at man må være kritisk til oppgavens fremgangsmåte og forklaring av hvordan metoden har fungert og om den var god nok til å besvare hensikten med oppgaven (Dalland 2012).

Litteraturstudien inkluderer 15 artikler, 14 av artiklene er av kvantitativ metode mens en av artiklene er av kvalitativ metode. Oppgaven består av primære og sekundære kilder. Primærkilder er oppgavens originalartikler. De sekundære kildene er pensum hentet fra skolens bibliotek og annen faglitteratur, som fagartikler hentet fra ulike tidsskrifter.

De fleste artiklene som er inkludert brukte intervju av pasienter. En kvantitativ forskningsmetode benyttes ifølge Pettersen (2008) når en ønsker å finne ut hvor vanlig fenomener er, hvor hyppig de forekommer, hvordan de fordeler seg og hvordan de henger sammen.

De fleste inkluderte artiklene har brukt to typer spørreskjema for å kartlegge angst og depresjon hos denne pasientgruppen, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), måler nivået av angst og depresjon og Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), som måler nivået av depresjon. HADS fylles ut av pasienten selv, mens MADRS brukes i intervju av pasientene (Loge og Ekeberg 2012). Instrumentene er ikke utviklet for å stille en diagnose, men for å kartlegge hvor høyt nivå pasientene har av depresjon og angst (Loge og Ekeberg 2012). Ut ifra om artiklene brukte disse spørreskjemaene, kunne det avgjøres om artiklene handler om psykiske lidelser. Dette styrket valgene som ble tatt av hvilke artikler som skulle inkluderes i oppgaven.

At de fleste inkluderte artiklene er av kvantitativ metode ses som en styrke og svakhet, da hensikten med oppgaven er å belyse pasientenes egne erfaringer og deres opplevelser. Da skriveprosessen ble påbegynt ble det etterhvert ønskelig å få med forskning av kvantitativ metode og det ble gjort nye søk. Dette fordi kvantitativ forskning ser ut til å være mer vanlig at beskriver pasientens subjektive og

personlige opplevelser og følelser om temaet. Hele fire av de inkluderte artiklene er skrevet og gjort av samme forsker, dette ses på som en styrke for oppgaven i den forstand at det viser at denne forfatteren har gjort mye forskning på området. Det kunne vært en fordel for oppgavens resultat å søke i flere forskjellige databaser, men som på grunn av erfaring og tidsbegrensning ikke har blitt gjort. Valget om å bruke PsycInfo og Medline ble tatt på bakgrunn av erfaring fra disse databasene. Se *vedlegg 1: Søkehistorikk* for en detaljert oversikt over søkeord og resultater av alle søkene.

Ved søkingen ble det avgrenset til at artiklene ikke var utgitt før 2003, dette styrker oppgaven ved at forskningen er ny og oppdatert og derfor hensiktsmessig å bruke. Søkingen har også bydd på utfordringer, alle artiklene er skrevet på eller oversatt til engelsk. I arbeidet med å få riktig formulering fra engelsk til norsk ble derfor *ordnett* tatt i bruk, som er et oppslagsverk som skolens bibliotek abonnerer på. Forskningen som artiklene inkluderer er gjort i ulike deler av verden, dette kan være en svakhet, da det er store kulturforskjeller i verden. Det kan for eksempel bety at forskning fra en annen verdensdel ikke kan sammenlignes med norsk kultur. Disse artiklene har allikevel blitt vurdert til å ha god kvalitet og har blitt inkludert i oppgaven, det har også vært vanskelig å finne forskning som er gjort innenfor Norden.

For å få en god oversikt over artiklene som ble valgt ut for videre vurdering og gransking ble det brukt et skjema «*Artikkelgransking/vurdering*» (Sjöblom og Rygg 2012), hentet fra skolens hjemmeside, dette skjemaet gjorde arbeidet videre oversiktlig og overkommelig å jobbe med, da det ble lettere å finne tilbake til hovedfunn og resultater, samt forfattere av artiklene. Det ble fylt ut et skjema for hver artikkel, disse har blitt brukt flittig gjennom hele skriveprosessen. Dette styrket oppgavens struktur, siden det ble oversiktlig og finne tilbake til artiklenes hovedresultat, forfatter osv. Det kunne blitt brukt flere ulike skjemaer som var lagt ut på skolens hjemmesider, skjemaet av Sjöblom og Rygg (2012) ble brukt på bakgrunn av at dette så ut til å være mest utfyllende.

I arbeidet med tekstanalysen ble det utarbeidet kategorier som har blitt brukt som overskrifter over temaer som har vært ønskelig å belyse. Analysen ble skrevet i et skriveprogram på datamaskin for å ikke bruke unødig med tid på å skrive ned på ark, dette gjorde det også lettere å stryke ut eller tilføye mer til analysen. Dette arbeidet krever avgjørelser og vurderinger tidlig i skriveprosessen, derfor har blant annet kategoriene blitt endret underveis, men de valgene som har blitt tatt dekker det som er ønsket.

Oppgavens tidsbegrensning påvirker den i den grad at det må tas vurderinger og beslutninger tidlig i arbeidet for å kunne komme i gang med skrivingen. Dette kan både ses som en styrke og svakhet, da det kan vise seg at valg tidligere i prosessen kunne vært gjort annerledes, men som på grunn av både tids og ressursbegrensning må tas. Disse vurderingene gjelder blant annet kategorier og inkluderte

artikler i resultatet. Dette er valg som man må stå for. Prosessen og valg som er tatt er en del av produktet. Mer tid og erfaring ville kanskje gitt et annet resultat og produkt.

Oppgaven baseres på pasientens subjektive opplevelse av det å dø av en uhelbredelig kreftsykdom, og hvilke psykiske lidelser dette medfører. Allikevel har det vært viktig å relatere oppgaven til sykepleie. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee har derfor blitt brukt. Ifølge Joyce Travelbee er mål med sykepleien å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient, noe som innebærer at den profesjonelle sykepleier bruker seg selv terapeutisk i møte med pasient og pårørende. Joyce Travelbee beskriver at gjennom dette mellommenneskelige forholdet kan den syke hjelpes til å finne håp og mestring, og til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse (Travelbee 2001).

Eutanasi, også beskrevet som «ønske om å fremskynde døden», er et begrep og et tema som blir tatt opp i flere av artiklene, det er allikevel vurdert at dette ikke skal fokuseres på, da dette ses på som et stort og omfattende tema som i seg selv kunne vært skrevet en hel del om. Eutanasi er ikke blitt fokus i oppgaven med hensyn til oppgavens begrensning av tid og omfang. Men på bakgrunn av at flere av artiklene kommer inn på eutanasi som følge av psykiske lidelser, ble det sett på som en styrke for oppgaven å ha med eutanasi i den grad det ble nødvendig for at leser skulle forstå sammenhengen mellom psykiske lidelser og eutanasi.

5.0 Konklusjon

Sorgprosessen er en del av det å være døende, og denne prosessen blir sterkt assosiert med håpløshet, angst og depresjon. At sykepleiere skal fremme en fredelig og verdig død for den kreftsyke er et av de sentrale mål i den terminale fasen.

Det viser seg at symptomer på angst og depresjon ofte forekommer i kreftpasienters siste fase av livet og at dette påvirker om pasienten har en god dødsprosess, sorgprosess og livskvalitet i møte med døden. Det er derfor viktig for sykepleiere å forstå at livskvalitet til kreftpasienter i møte med døden har stor betydning for døds- og sorgprosessen. Studien viser at angst er positivt korrelert med redusert livskvalitet for pasienter med kreft i den terminale fasen

Det trengs mer kunnskap om hvordan sykepleiere skal ivareta pasienter med uhelbredelig kreft i den terminale fasen i forhold til åndelige behov. Også kunnskap og erfaring om psykiske lidelser og hvilke konsekvenser dette har for om pasienten opplever en verdig død. Å gi pasienter lov til å sette ord på følelser og tanker om døden og sine åndelige behov, slik at sykepleiere kan møte behovene.

Sykepleiere må ha kunnskap om hvordan man kan oppdage symptomer på angst og depresjon hos pasienter som går i møte med døden, dette innebærer at det trengs en bedre forståelse av forekomsten av angst og depresjon hos den terminalt syke kreftpasienten.

Studien gir sykepleiere mer kunnskap om hva terminale kreftpasienter opplever av psykiske lidelser og hvordan dette påvirker livskvaliteten i møte med døden, samt hva håp, sorgprosessen og åndelige behov betyr for disse pasientene.

Denne litteraturstudien viser at det trengs mer forskning om hvordan den terminale fasen hos kreftpasienter direkte påvirker psykisk helse i møte med døden. Psykisk lidelse påvirker en god sorg- og dødsprosess for kreftpasienter i møte med døden. Det er sykepleierens oppgave å kartlegge behov for psykologisk terapi og henvise til psykolog i situasjoner der psykisk lidelse påvirker pasientenes livskvalitet i så stor grad at det går utover om pasienten får en god og verdig død.

Litteraturliste

Ando M, Morita T, Akechi T og Okamoto T (2010) Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients: *Journal of Pain And Symptom Management*, 39 (6), s 993-1002

Anvik H J (1996) Ved livets slutt: *Omsorg for den kreftsyke og familien i hjemmet* AiT
Enger AS, Otta

Bjørgo S (2004) Smerte og smertebehandling, i: Reitan A M og Schjøllberg T (red.) *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. 2 utg. Akribe Forlag Oslo

Brown L F, Kroenke K, Theobald D E, Wu J og Tu W (2010) The association of depression and anxiety with health related quality of life in cancer patients with depression and/or pain: *Psycho-Oncology*, 19: s 734-741, New York

Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving* 5 utg. Gyldendal Norsk Forlag Oslo

Espnes G A og Smedslund G (2009) *Helsepsykologi*. 2 utg. Gyldendal Norsk Forlag Oslo

Folkehelseinstituttet (2013) *Psykiske plager - et betydelig folkehelseproblem*.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,8306&MainContent_6263=6496:0:25,6173&Content_6496=6178:89102:25,6173:0:6562:4:::0
:0 > [Lastet ned 06.03.2013]

Forsberg C og Wengström Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* Natur och kultur. Stockholm

Georges J, Onwuteaka-Philipsen B, Wal G, Maas P (2005) Symptoms, treatment and “dying peacefully” in terminally ill cancer patients: a prospective study: *Support Care Cancer*, 13, s 160-168 Nederland

Hack T F, Chochinov H M, Hassard T, Kristjansjon L J, McClement S og Harlos M (2004) Defining dignity in terminally ill cancer patients: A factor-analytic Approach: *Psycho-Oncology*, 13, s 700–708 Canada

Helsedirektoratet (2012) Nasjonale faglige retningslinjer: *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*, Helsedirektoratet Oslo
<<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf> >

Helse og omsorgsdepartementet (1999-2013) Regjeringen: *Livshjelp*.
<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6.html?id=141466> >
[Lastet ned 09.03.2013]

Hem E (2005) Deprimerte kreftpasienter ber om eutanasi, i: Tidsskrift for Den Norske Legeforening, *Medisinsk nytt* nr 23;125 <<http://tidsskriftet.no/article/1297924>>
[Lastet ned 18.03.12]

Jacobsen C M, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino J E og Breitbart W (2004) Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer: *General Hospital Psychiatry*, 26, s 484-486

Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W og Brescia R (2011) Anxiety in Terminally ill Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 42, s 691-701 New York

Kreftforeningen (2013) Råd og rettigheter: *Om døden*
< <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/doden/> >[Lastet ned 28.04.13]

Kreftforeningen (2013) Råd og rettigheter: *Psykiske reaksjoner og sorg*
<<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner-og-sorg/> >
[Lastet ned 28.04.13]

Kvåle K (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Gyldendal Norsk Forlag Oslo

Lichtenthal W G, Nilsson M, Zhang B, Trice E D, Kissane D W, Breitbart W og Prigerson H G (2009) Do rates of mental disorders and existential distress among advanced cancer patients increase as death approaches?: *Psycho-Oncology*, 18, s 50-61, New York

Loge og Ekeberg (2012) Kapittel 4 Pasientrettigheter, psykososiale forhold og alternativ medisin, i: Kåresen R og E Wist (red.) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. 4 utg. Gyldendal Norsk Forlag Oslo

Lorentsen V B og Grov E K (2010) Kapittel 32: Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i: Almås H, Stubberud D G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4 utg. Gyldendal Akademisk Oslo

Mishra S, Bhatnagar S, Philip F A, Singhal V, Rana S P, Upadhyay S P og Chauhan G (2010) Psychological Concerns in patients with advanced cancer: An observational study at Regional Cancer Centre, India: *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27 (5), s 316-319 New Delhi, India

Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Gogou P, Theodorakis P og Vlahos L (2010) Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patient: *European Journal of Cancer Care*, 19, s 205-2011, Athen

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Athanasouli P, Pathiaki M, Galanos A, Pagoropoulou A og Vlahos L (2008) Preparatory Grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients: *European Journal of Cancer Care*, 17, s 145-151

Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A og Vlahos L (2005) Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain, *General Hospital Psychiatry* 27, s 258-262, Athen, New York

- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Panagiotou I, Galanos A og Gouliamos A (2011) The mediation effect of anxiety between post-traumatic stress symptoms and preparatory grief in advanced cancer patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 41, s 511-521, Athen Greece
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*, Oslo
- Nortvedt P (2008) *Sykepleiens grunnlag, historie, fag og etikk*. 2 utg. Universitetsforlaget Oslo
- O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, Breitbart W og Payne R (2005) Desire of hastened death, cancer pain and depression: Report of a Longitudinal Observational Study: *Journal of Pain and Symptom Management*, 29 (5), s 446-457, New York
- Pettersen R C (2008) *Oppgaveskrivingens ABC – Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*, Universitetsforlaget Oslo
- Polit D F og Beck C T (2012) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9 utg. Wolters kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Rabkin J G, McElhiney M, Moran P, Acree M og Folkman S (2009) Depression, distress and positive mood in late-stage cancer: a longitudinal study: *Psycho-Oncology*, 18, s 79-86 USA
- Reitan A M (2010) Kapittel 5 Krise og mestring, i: Reitan A M og Schjøllberg T (red.) *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. 3 utg. Akribe Oslo
- Rustøen T (2004) Livskvalitet, i: Reitan A M og Schjøllberg T (red.) *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. 2 utg. Akribe Oslo

Schmidt H (2007) *Pasient med religiøse behov*. Sykepleien 95 (7) s. 64-65 Nes

<<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117929/pasient-med-religiose-behov> >

[Lastet ned 09.03.2013]

Sjöblom og Rygg (2012) *Fronter Sykepleiens Grunnutdanning 2010 – Emne SPU 110 –*

Bacheloroppgaven. *Artikkelgransking/vurdering*, inspirert av Hellzén, Johanson og Peljert for utvalg i SBU-rapport (1999) Levanger

Snoek E J og Engedal (2008) *Psykometri: Kunnskap, forståelse, utfordringer* 3 utg. Akribe

Forlag, Otta

Speck P (2011) Kapittel 6 Spiritual/religious issues in care of the dying, i: Ellershaw J og Wilkinson S

(red.) *Care of the dying: A pathway to excellence*. 2 utg. Oxford, New York

Store Norske Leksikon (2005-2007) *Dødshjelp* < <http://snl.no/d%C3%B8dshjelp> >

[Lastet ned 15.04.13]

Strand N (2008) *Kreft og psykologi: Psykolog for kreftpasienter*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening

vol. 45, nr 5. s. 572-575

<http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=203360&a=3 >

[Lastet ned 10.05.2013]

Sæteren B (2010) Kapittel 16 Omsorg for døende pasienter, i: Reitan A M og Schjølberg T

(red.) *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. 3 utg. Akribe Forlag Oslo

Teunissen SCCM, Graeff E, Voest EE og Haes JCJM (2007) Are anxiety and depressed mood related to

physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients: *Palliative*

Medicine, 21, s 341-346, Nederland

Travelbee J (2001) Mellommenneskelig forhold i sykepleie 1. utg. Gyldendal Norsk Forlag
Oslo

Utne I (2011) *Smerte, håp og mestringsstrategier, psykisk ubehag og livskvalitet hos kreftpasienter med smerte*. Sykepleien Forskning, 6 (2) s. 197-197 Oslo
<<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/682342/smerte,-hap-og-mestringsstrategier,-psykisk-ubehag-og-livskvalitet-hos-kreftpasienter-med-smerte>>
[Lastet ned 10.05.2013]

Varre P (2010) Kapittel 11 Sykepleie ved kjemoterapi, i: Reitan A M og Schjølberg T (red.)
Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling. 3 utg. Akribe Oslo

Vedlegg

Vedlegg 1:Søketabell

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
PsycINFO (14.01.2013)	2005-current	Mental disorders AND Anxiety or explode Anxiety disorders or explode death anxiety AND neoplasms AND Terminally ill patients or explode terminal cancer or explode death and dying	24	20	2	1	1
PsycINFO (15.01.2013)	2005-current	Mental disorders AND Anxiety disorders, anxiety, death anxiety, AND neoplasms AND terminally ill pasients or explode terminal cancer or explode death and dying AND depression	7	7	4	2	1

PsycINFO (06.02.2013)	2007-current	Mental disorders AND anxiety disorders or explode anxiety or explode death anxiety AND neoplasms and adult AND death and dying or explode terminal cancer or explode terminally ill patients	24	24	4	2	1
PsycINFO (06.02.2013)	2006-current	Terminal cancer or explode death and dying or explode terminally ill patients or explode psychosocial factors AND mental disorders or explode mental health AND Neoplasms	122	48	15	2	1
PsycINFO (27.02.2013)	2003- current, full text, abstracts	Anxiety or explode death anxiety or anxiety, cancer AND explode neoplasms, explode terminally ill patients or explode terminal cancer or explode death and dying	103	103	20	5	2

Medline (28.02.2013)	2003-current Young adult (19-24 and 19-44)	Cancer, neoplasms AND terminal care or terminal phase AND explode anxiety	65	65	12	3	3
PsycINFO (28.02.2013)	2003-current Abstract Full text Human	Anxiety OR explode Death anxiety AND Terminal ill patients OR Explode terminal cancer	160	160	40	4	1
Medline (06.03.2013)	Abstract Full text English language Humans 2003-current	Terminal care OR explode Neoplasms OR Explode Terminal cancer phase AND Middle aged, mental illness, mental ill persons AND Cancer/Neoplasms AND Psychological stress, depression OR psychological distress AND Explode Terminal care	74	74	10	4	1
Medline (09.03.2013)	Full tekst Abstrakt Human Engelsk 2003-current	Neoplasms AND Terminally ill patients AND Mental disorders	28	28	5	2	1

PsycINFO (09.03.2013)	Full tekst Abstrakt Engelsk Human 2003-current	Neoplasms AND Terminally ill patients AND Mental disorders	7	7	7	7	1
PsycINFO 19.03.2013	Full tekst Abstrakt 2003-current	Hastened death explode "death and dying", explode Terminally Ill Patients, explode psychiatry AND Cancer AND Pain And Depression	6	6	6	6	1
PsycINFO (17.04.2013)	Full tekst Abstrakt 2003-current	Terminally ill cancer patients or explode terminal cancer or explode terminally ill cancer patients AND Dignity	26	26	5	2	1

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/bor tfall	Hovedresultat	Kommentarer i forhold til kvalitet
Hack et al. (2004) Canada	Formålet med denne studien var å bruke analyse fra ulike faktorer for å analysere verdighet hos kreftpasienter med mindre enn 6 måneder igjen å leve. Pasientene vurderte deres følelse av verdighet, og fullførte tiltak av symptomforverring og psykologisk trivsel.	Kvalitativ studie	213 pasienter	Selv om pasientene hadde en intakt følelse av verdighet, rapporterte 46% av pasientene noe, eller sporadisk tap av verdighet, og 7,5 % som indikerte at tap av verdighet var et betydelig problem.	Pasientenes subjektive opplevelse av verdighet i livets slutfase. Godkjent av etisk komité. Svært relevant til oppgavens hensikt.
Jacobson et al. (2004) USA	I denne undersøkelsen vurderes troen på livet etter døden, åndelig velvære og psykologisk fungering mot slutten av livet	Kvantitativ studie	276 kreftpasienter	Åndelighet har en mye kraftigere effekt på psykologiske faktorer enn troen på livet etter døden	Relevant.
Mystakidou et al. (2005) Hellas	Ønske eller forespørsel om å skyndte døden i den palliative fasen.	Kvantitativ studie Pasientintervju	120 pasienter ved palliativ enhet	Ønske om å fremskynde døden var relatert til sterke smerter og tilstedeværelse av depresjon	Besvarer åndelige spørsmål som er en stor del av oppgavens problemstilling. Relevant.
Georges et al. (2005) Nederland	Beskrive symptomene i sin behandling av de siste måneder av livet hos terminale kreftpasienter for å vurdere egenskaper om dødsprosessen	Prospektiv studie Spørreskjema	85 leger	Selvom dødssyke kreftpasienter lider av flere symptomer og plager, dør flertallet fredelig. Psykososiale og relasjonelle variabler er hovedsakelig det som forstyrrer dødsprosessen.	Svært relevant til kategori om dødsprosessen.

O'Mahony et al. (2005) USA	Vurdere virkningen av forbedringer av kreftsmertenes alvorlighetsgrad og smerte i daglig fungering og depresjon i forhold til ønske om å fremskynde døden.	Kvantitativ studie	349 pasienter	Pasienter med sterke smerter hadde et sterkt ønske om å fremskynde døden. Bedring av depresjon viste en nedgang av ønske om å fremskynde døden.	Relevant.
Teunissen et al. (2007) Nederland	Å analysere forholdet mellom angst, nedstemthet og tilstedeværelse og intensitet av fysiske symptomer	Kvantitativ studie HADS-skala	203 pasienter For 22 pasienter var vurderingen ufullstendig på grunn av kognitiv svikt, psykisk eller fysisk utmattelse.	Forholdet mellom angst, nedstemthet og nærvær og intensitet av fysiske symptomer hos pasienter med avansert kreft innlagt på sykehus er svært begrenset.	Relevant for oppgavens skille mellom fysiske og psykiske behov og påvirkning av hverandre.
Mystakidou et al. (2008) Hellas	Studien ble gjennomført for å evaluere den forberedende sorgprosessen hos kreftpasienter og dems forhold til håpløshet, angst og depresjon.	Kvantitativ studie	94 kreftpasienter	Forberedende sorg er en opplevelse som bestemmes av en kombinasjon av psykologiske, sosiale og fysiologiske faktorer, som alder, pasientens subjektive opplevelse på å være døende eller sosioøkonomisk status som har en innvirkning på ham eller henne.	Svært relevant til kategori om sorgprosessen.
Lichtenthal et al. (2009) USA	Å finne ut om forekomsten av psykiske lidelser og relaterte faktorer øker når døden nærmer seg	Tverrsnittdata	289 pasienter	Nærhet til døden ble ikke assosiert med høyere forekomst av psykiske lidelser. Men pasientens nivå av fysisk symptomforverring, erkjennelse av terminal sykdom	Relevant.

				og ønsker om å dø, økte når døden nærmet seg.	
Rabkin et al. (2009) USA	Å avgjøre om nye tilfeller av klinisk depresjon kommer over tid og om positiv og negativ stemning av nivåer endres hos pasienter med uhelbredelig kreft.	Kvantitativ studie	58 kreftpasienter	Depresjon er ikke til å unngå som en del av dødsprosessen hos terminale kreftpasienter	Relevant.
Brown et al. (2010) USA	Undersøker forholdet mellom angst og depresjon med helserelatert livskvalitet hos kreftpasienter	Kvantitativ studie Randomisert kontrollstudie	Utvalget besto av 405 voksne onkologi pasienter som testet positivt for smerte (24%) eller depresjon (32%) eller begge (44%).	Angst og depresjon har sterke og uavhengige foreninger med psykisk helse og somatiske symptombyrder hos kreftpasienter	Svarer på spørsmål om pasientens livskvalitet og forhold til psykiske lidelser, god kvalitet og relevant for oppgaven.
Ando et al. (2010) Japan	Å undersøke effekten av 1 ukes intervju for forbedring av åndelig velvære, terapi på angst og depresjon, lidelse og elementer av en god død	Kvantitativ randomisert kontrollert studie. Intervjugruppe/kontrollgruppe	68 kreftpasienter	Intervjuemetoden er effektiv med mål om å forbedre den åndelige velvære hos de dødssyke kreftpasienter og lindrer psykososiale forhold, samt fremmer en god død.	Svært relevant til oppgavens hensikt om å besvare en verdig/god død.
Mystakidou et al. (2010) Hellas	Målene med denne studien var å undersøke mestringstro/mestringsevne og angst hos terminale kreftpasienter	Kvantitativ studie	99 kreftpasienter	Det er en sammenheng mellom kjønn, ytelse, status, opioder og mestringsevne. Psykososiale tiltak som grupper møter og fysisk aktivitet har vist store løft i å forbedre mestringstroen.	Relevant i forhold til mestringsevne og livskvalitet.

Mishra et al. (2010) India	Å identifisere forekomsten av psykososiale bekymringer hos pasienter med kreft i den terminale fasen	Kvantitativ studie Beskrivende spørreskjema	100 pasienter ved palliativ enhet	Mer oppmerksomhet til psykososiale og åndelige helsebehov til pasienter med kreft er en integrert del av en effektiv lindring.	Veldig relevant for å beskrive hva som mangler av kunnskap om åndelige helsebehov og psykososiale bekymringer hos kreftpasienter.
Mystakidou et al. (2011) Hellas	Undersøker forholdet mellom angst, post-traumatiske stresssymptomer og forberedende sorg.	Kvantitativ studie	94 pasienter tok i bruk en greske versjon av Impact of Events Scale-Revised (IES-R-Gr), angst delskalaen av den greske Hospital Anxiety and Depression Scale, og den forberedende Sorg hos avanserte kreftpasienter (PGAC) skala.	Noe av effekten av post-traumatisk stress symptomer på forberedende sorg er mediert av angst	Tar for seg hvilken betydning angst har for sorgprosessen.
Kolva et al. (2011) USA	Å undersøke angst hos dødssyke kreftpasienter, inkludert utbredelsen av angstsymptomer og forholdet mellom angst og depresjon.	Kvantitativ studie	194 pasienter med uhelbredelig kreft (103 mottok døgntilrettelagt behandling i palliativ enhet, 91 gikk til poliklinisk behandling).	Deltakere med blandet angst og depresjon rapporterte betydelige mer håpløshet og ønske om fremskynde døden	Svært relevant til besvarelse av oppgavens hensikt. Går direkte på angst og depresjon hos terminale kreftpasienter.