



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813 Sykepleie VI - del 2

Kreftpasientar sine erfaringar i møte med sjukepleiar

Kandidatnummer: 4476

Veileder: Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Antall ord: 8658

Innlevert Ålesund, 19.05.16

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 23.05.16

Forord

”Det betyr at dei kjenner meg, veit kva eg vil, kva eg ynskjer og tek omsyn til det. Det betyr at dei sei namnet mitt og veit noko om min situasjon og hugsar det. Dei klarer å vise ei unik interesse og er flinke til å gi oppmuntring slik som at no er det siste uka med kur.

Eg opplever at dei er interessert i deg som person og er interessert i det du styrar med når du ikkje er på sjukehuset. Dei bryr seg om korleis det går med deg. Dei hugsar historia di, ikkje berre kur og rett ut.

Dei spør korleis familien min har det, dei gir deg følelsen av at dei er der akkurat for deg. Dei spør om det er noko dei kan gjere for deg. Dei følgjer meg opp og passer på meg” (Kvåle, 2006).

Samandrag

Bakgrunn: Gjennom utdanninga lærer vi korleis å utøve kvalitet i sjukepleia, likevel står det ikkje alltid til pasientane sine erfaringar (Van der Elst et al., 2013). Sjukepleiaryrket botnar i mennesket og deira føresetnadar. Ei mengde menneske vert ramma av kreft kvart år, deira erfaringar er viktige kunnskapstilskot for kvalitetsutvikling av sjukepleia.

Hensikt: Studien si hensikt er å finne ut kva for tankar og meiningar kreftpasientar har i møte med sjukepleiarar og kva erfaringar dei sit igjen med.

Metode: Metoden er eit systematisk litteraturstudie basert på åtte forskingsartiklar: tre kvalitative og fem kvantitative.

Resultat: Kreftpasientar verdset at sjukepleiar har gode kommunikasjonsferdigheiter, som viser seg ved formidling av nødvendig informasjon. Sjukepleiar sine personlege eigenskapar er viktige. At sjukepleiar gir oppmerksomheit til pasientane sine psykososiale behov, vert sett på som god kvalitet. Å fremje eigenomsorg er nødvendig for pasientmedverknad i avgjersle rundt eigen sjukdom og behandling.

Konklusjon: Litteraturstudien konkluderer med at kreftpasientane stort sett er tilfreds med den sjukepleia dei mottar. Likevel set dei fingeren på kor viktig det er at sjukepleiar ser dei som eit menneske meir enn ein pasient. Kunnskap og ferdigheiter vert av pasientane forventa og er nødvendig for å gi ein følelse av tryggleik og meistring.

Nøkkelord: Kreftpasientar, kvalitet i sjukepleia, pasienterfaringar

Background: Through education we learn how to perform quality in nursing. Despite that, it doesn't always match what the patient experience (Van der Elst et al., 2013). Nursing is bounded in the human and their interest. A number of people are diagnosed with cancer every year, their experiences are important to the quality improvement of nursing care.

Purpose: The purpose of this study is to find out about the thoughts and opinions of cancer patients meeting the nursing, and what experiences they are left with.

Method: The method is a systematic literature review based on eight research articles: three qualitative and five quantitative.

Results: Cancer patients value that nurses have good communication skills, shown by giving necessary information. Nurses' personal characteristics are important. To give attention to their patients' psychosocial needs, are seen as good quality. To promote self-control, it is necessary for the patients to be involved in decisions of their own illness and treatment.

Conclusion: The literature study concludes that cancer patients are mostly satisfied with the nursing they receive. Yet they point out how important it is that the nurse sees them as a human being and not a patient. Knowledge and skills is expected and required to provide safety and mastery to the patients.

Keywords: Cancer patients, quality in nursing care, patient experiences

Innhald

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Innleiing | 1 |
| 1.1 Grunngeving for val av tema og problemstilling | 1 |
| 1.2 Hensikta med oppgåva | 1 |
| 1.3 Problemstilling | 2 |
| 1.4 Omgrepsavklaring | 2 |
| 1.4.1 Omsorg | 2 |
| 1.4.2 Kvalitet | 2 |
| 1.5 Avgrensing av problemstilling | 2 |
| 1.6 Vidare organisering av oppgåva..... | 3 |
| 2.0 Teoribakgrunn | 4 |
| 2.1 Kreft | 4 |
| 2.1.2 Å få ei kreftdiagnose | 4 |
| 2.2 Kari Martinsen omsorgsteori..... | 5 |
| 2.2.1 Dei tre omsorgsaspekta | 5 |
| 2.2.2 Etikk | 6 |
| 2.3 Kvalitet | 7 |
| 2.4 Kommunikasjon | 7 |
| 3.0 Metode | 8 |
| 3.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning | 8 |
| 3.2 Datasamling..... | 9 |
| 3.2.1 Søkeprosessen | 9 |
| 3.2.2 Søkeshistorikk | 11 |
| 3.2.3 Kvalitetsvurdering..... | 12 |
| 3.3 Analyse..... | 14 |
| 4.0 Resultat | 15 |
| 4.1 Å kommunisere og få informasjon..... | 15 |
| 4.2 Å bli sett | 16 |
| 4.3 At sjukepleiar har kunnskap og ferdigheiter | 17 |
| 4.4 Sjukepleiar sine personlege eigenskapar..... | 18 |
| 4.5 Å få vere delaktig | 19 |
| 5.0 Diskusjon | 21 |
| 5.1 Metodediskusjon | 21 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 22 |
| 5.2.1 Behovet for god kommunikasjon og riktig informasjon | 22 |
| 5.2.2 Omsorg som grunnleggjande verdi | 24 |
| 5.2.3 Sjukepleie i lys av omsorgsaspekta..... | 26 |
| 5.2.4 Behovet for å delta i eiga omsorg | 27 |
| 6.0 Konklusjon | 29 |
| 7.0 Litteraturliste | 30 |

Vedlegg 1 : Søkeshistorikk

Vedlegg 2 : Oversikt over hovudtema og undertema

Vedlegg 3: Litteraturmatriser

1.0 Innleiing

1.1 Grunngeving for val av tema og problemstilling

Gjennom tre år på sjukepleieutdanninga lærer vi korleis å utøve kvalitetssikra sjukepleie. Sjukepleiaryrket botnar i mennesket sjølv. Respekt for deira liv og verdigheit skal prege vår utføring av sjukepleiefaget. Utøvinga skal vere basert på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettane (Martinsen, 2003). Ein sjukepleiar skal vere bevisst på det etiske og ha ei solid dømmekraft (*Yrkesetiske retningslinjer*, 2011). Dei yrkesetiske retningslinjene seier noko om korleis vi skal ivareta den enkelte pasient si verdigheit og integritet, autonomi og retten til ikkje å verte krenka. Punkt § 2.2 seier at vi skal fremme håp, meistring og livsmot hos pasienten gjennom god omsorg.

Valet falt på pasientar som vert ramma av kreft fordi så mange får sjukdommen kvart år. I følgje kreftforeininga fekk 31 651 nordmenn ei kreftdiagnose i 2014. Av desse var 14 627 kvinner og 17 024 menn (Kreftforeininga, 2016). For kvar og ein av desse, har kreftdiagnosen ført dei til sjukehuset og kanskje det første møtet med helsevesenet. Vi veit mykje om korleis sjukepleiarar vert opplærde til å utøve omsorg, men det stemmer ofte ikkje overeins med pasientane si erfaring (Van der Elst et al., 2013). Ei samanfating av pasientane sine erfaringar vil vere eit viktig kunnskapstilskot til kvalitetssikringa av sjukepleia.

1.2 Hensikta med oppgåva

Hensikta med oppgåva er å finne ut kva for erfaringar kreftpasientar har i møte med sjukepleiarane og kva tankar og meiningar dei sit igjen med. Fokuset skal vere på ulike aspekt ved omsorgsomgrepet og kva kreftpasientane ser på som kvalitet i den sjukepleia dei mottar. Oppgåva skal søke etter informasjon om kva behov pasientane hadde og om dei fekk tilfredsstilt desse gjennom sjukepleia.

1.3 Problemstilling

”Kva erfaringar har kreftpasientane med kvaliteten i sjukepleia dei mottar og kva ser dei på som viktig for å vere tilfreds?”

1.4 Omgrepsavklaring

1.4.1 Omsorg

Kari Martinsen (2003) skriv at med omsorg forstår vi omtanke, å bekymre seg for eller bry seg om nokon. Omsorg har med forståing for andre å gjere. Ei slik forståing kan ein berre tileigne seg ved å arbeide saman med pasienten, i situasjonar der pasienten sine behov for hjelp og støtte kjem til syne.

1.4.2 Kvalitet

Kvalitet er eit samansett fenomen som består av fleire dimensjonar og kombinasjonen av desse. Det handlar om at den sjukepleia vi yt, vert gjort ut i frå det som vert krevja og forventa. Kvalitet i sjukepleiesamanheng er med andre ord eit uttrykk for forholdet mellom pasientane sine forventningar, krav og behov og sjukepleiar si evne til å tilfredsstille desse (Kveseth & Mikkelsen, 2010).

1.5 Avgrensing av problemstilling

Oppgåva skal omhandle vaksne pasientar (over 18 år) med ei generell kreftdiagnose, som har vore eller er under behandling i ei kreftavdeling på sjukehus eller i ein institusjon.

1.6 Vidare organisering av oppgåva

Oppgåva er eit systematisk litteraturstudie, som inneber at ho byggjer på tidlegare forskning. I teoribakgrunnen presenterast relevant teori, i metodekapittelet blir det gjort greie for datasamlinga, analysen og kvalitetsvurderinga av artiklane. Resultatkapittelet består av sentrale funn som vart gjort i analysane. Dei ulike funna blir samanfatta og satt opp i mot problemstillinga på ulike måtar. Gjennom diskusjonen, vert funna i oppgåva og kva konsekvensar dette har for sjukepleia diskutert, og til slutt ein konklusjon samt forslag til vidare forskning.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet vert relevant teori om det aktuelle temaet presentert. Det vert gjort greie for ein sjukepleieteori og sentrale omgrep.

2.1 Kreft

Kreft er ei gruppe sjukdommar som er kjenneteikna ved ukontrollert celledeling av unormale celler som har evne til å invadere vev og kringliggjande organ. Desse kan metastasere til andre stadar i kroppen, og vere både benigne (godarta) eller maligne (ondarta). Benigne svulstar som består av normale celler vert ikkje rekna som kreft. Maligne svulstar vil kunne vokse seg store og gjere skade på nærliggande vev og organ. Kreftcellene spreiar seg i kroppen ved hjelp av blod- og lymfebaner (kreftregisteret.no). I følge kreftregisteret overlev stadig fleire sin kreftsjukdom, som skyldast ein kombinasjon av førebygging, tidlegare diagnostisering samt fleire og betre behandlingsmetodar. I følge World Health Organization var det i 2012 41,1 millionar menneske på verdsbasis som fekk ei kreftdiagnose.

2.1.2 Å få ei kreftdiagnose

Å få ei kreftdiagnose sett djupe spor. Sjukdommen og behandlinga kan gi fysiske plager og symptom i kortare eller lengre tid. Pasientar med kreft opplever endring i omgrepet livskvalitet. Håpet får også ei ny tyding, då dei i det lengste håpar på å bli kurert. Håp går hand i hand med livskvalitet. Sjukepleiar har ei oppgåve i å utføre symptombehandling slik at pasienten opplever så god livskvalitet som mogleg (Utne, 2010).

2.2 Kari Martinsen omsorgsteori

Kari Martinsen (2003) skriv at sjølve sjukepleiar yrket er bygd opp kring omgrepet omsorg. Omsorg handlar om korleis personar opptrer mot kvarandre og korleis vi viser omtanke for kvarandre i dagleglivet. Som sjukepleiar handlar dette for eksempel om korleis vi handterer utstyret for å formidle ei gitt handling til pasienten. Sjukepleiar erkjenner pasienten sin situasjon og handlar til det beste ut i frå pasienten sin føresetnad. Omsorg er ein sosial relasjon som handlar om å ha fellesskap og solidaritet med andre.

2.2.1 Dei tre omsorgsaspekta

Kari Martinsen (2003) snakkar først og fremst om tre sider ved omsorgsaspektet. Omsorg er eit relasjonelt omgrep som beskriv korleis menneske er avhengige av kvarandre. Det er eit nært og opent forhold mellom to personar, basert på ei form for gjensidigheit, fellesskap og solidaritet. Det å ha forståing for den andre sin situasjon, er føresetnaden for å kunne handle omsorgsfullt. Knytt til sjukepleiefaget handlar dette om å ha omsorg og ansvar for dei svake, hjelpe med pleia eller med smerta. I eit slikt omsorgsforhold forventar ikkje omsorgsytar noko tilbake for ytinga. Martinsen (2003) kallar det generalisert omsorg.

Omsorg som moral handlar om korleis sjukepleiar er til stades i relasjonen og måten ein utfører handlingane på, samt ei forståing for den andre sin situasjon. Dette tileignar vi oss gjennom erfaringar. Dei situasjonar vi har erfaring frå kan vi også forstå. Gjennom handling i kronkrete situasjonar formar sjukepleiar etterkvart sine egne verdiar til bruk i omsorga. Som sjukepleiar har ein makt som ein må lære seg å handtere, samt korleis ein skal praktisere ansvaret for den lidande. Når ein som sjukepleiar skal handtere makt, må solidaritet for den svake alltid ligge til grunn (Martinsen 2003).

Omsorg er praksis og handlar om å delta aktivt og praktisk i den andre si liding. Dette omfattar å utføre konkrete, situasjonsretta handlingar. Ein må arbeide ut i frå pasientane sine føresetnadar og gi individuell pleie til den sjuke. Dei konkrete handlingane som vert utført, er grunngeve med sjukepleiar sine faglege og etiske vurderingar av situasjonen.

Sjukepleie handlar om å bruke skjønn, der ein stiller seg open for alle sanseintrykk. Det handlar ikkje berre om å sjå, lytte og røre ved klinisk, men å gjere det på ein god måte (Martinsen 2003).

2.2.2 Etikk

Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient er fundamentet for moralsk handling og ansvar i sjukepleia. Forholdet mellom sjukepleiar og pasient er ikkje-generaliserbar gjensidigheit, som vil seie at pasienten ikkje står i gjeld til sjukepleiar for den pleie og omsorg han får. Sjukepleiar er plikta til å hjelpe den sjuke uansett kva for helseproblem, sosial status, oppførsel eller oppfatning pasienten har. Sjukepleiar kan setje grenser for pasientens åtferd, men det skal ikkje gi resultat av dårlegare behandling. I tillegg har sjukepleiar ansvar for å opparbeide seg ei forståing for pasienten si oppleving av sine helseplager og sjukdom. Pleia og omsorga er dermed ikkje berre retta mot dei faktiske helseproblema, men også mot pasienten sin oppleving av det heile (Martinsen, 2003).

”Vi gir kvarandre si verd og samvær skikkelse gjennom forma utrykk. Gjennom desse utrykka tiltalar vi kvarandre. I tiltalen ligg ei fordring til ein eller anna om å ta den opp. Det viktige her er ikkje utsagnet, kva som vert sagt eller det reint saklege innhald. Men det er uttrykket, korleis det vert sagt. Der vi er mest til stades. For uttrykket gjeld at det vert fortetta i stemmeføring, tonefall og geberder. Det er talens tone uttrykt i talens ord og kroppens ordause tale som rekk inn i normene som gir truverdighet, som viser om ein tar den andre i mot eller ikkje. Vi kan vere ueinige i synspunkt og sakar, men i tonen er det ingen nøytralitet lengre. Der må den eine anten ta i mot eller avvise. I tonen er personen sjølv til stades” (Martinsen 2003, s. 89).

2.3 Kvalitet

Ordet kvalitet blir brukt saman med adjektiv som utmerka, god eller dårleg (Kveseth & Mikkelsen, 2010). I sjukepleiesamanheng er dette eit uttrykk for forholdet mellom pasientane sine forventningar, krav og behov og sjukepleiar si evne til å tilfredsstille desse. Det heile dreier seg om korleis pasientane opplever situasjonen, korleis pleia og omsorga vert utført, og i kor stor grad det er samsvar mellom forventningane og verkelegheita. God kvalitet føreset at avgjersler om behandling, førebygging, pleie, omsorg og sosiale tenester, vert basert på kunnskap frå forskning, utdanning og erfaring. Det er viktig å hugse på at det som vert beskrive som kvalitet for ein, ikkje nødvendigvis er det same for ein annan. Helsevesenet kvalitetssikrar sitt arbeid gjennom å utøve pleie og omsorg ut i frå lovar, aktuelle forskrifter og nasjonale retningslinjer. Ved å hente inn opplevingar og erfaringar frå pasientar, kan sjukepleia kvalitetsutviklast. Brukarundersøkingar med fokus på nettopp pasientopplevingar- og erfaringar vil egne seg godt til å belyse omsorgs- og kommunikasjonsaspekt i sjukepleia (Kveseth & Mikkelsen 2010).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon vert definert som utveksling av teikn mellom to eller fleire partar. Omgrepet kjem frå det latinske ordet *communicare* som betyr å gjere noko felles, ha forbindelse med å delaktiggjere ein annan. Omgrepet ”relasjon” kjem frå det latinske ordet *relatio*, som betyr å stå i forbindelse med ein annan. I daglegtaalen bruker vi ordet om å ha kontakt, eit forhold eller ein forbindelse til eit menneske (Eide & Eide, 2014). Gode kommunikasjonsferdigheiter er eit viktig hjelpemiddel for sjukepleiar til å bli kjent med pasienten som person og danne ein relasjon. Gjennom relasjonen kan ein gi betre hjelp og støtte. Relasjon mellom sjukepleiar og pasient er viktig for å kunne ta gode avgjersle saman. God kommunikasjon viser seg også å bidra til betre helse for pasientane. Ved dårleg eller mangelfull kommunikasjon kan det oppstå profesjonelle feil og manglar. Av akkurat denne grunn, vert kommunikasjon brukt til å kvalitetssikre det helsefaglege arbeidet (Eide & Eide, 2014).

3.0 Metode

I metodekapittelet blir det presentert korleis datasamlinga og søkeprosessen vart gjennomført, samt val av analysemetode, kvalitet- og etisk vurdering og analyse av artiklane (Forsberg og Wengström, 2013).

På pensumlista for bacheloroppgåva står Forsberg & Wengström (2013) oppskrivnen, i tillegg er Dalland (2012) her brukt som støttelitteratur. I følgje Dalland (2012) er metode ein framgangsmåte til bruk for å løyse problem og kome fram til ny kunnskap. Målet er å velje ein metode som kan hjelpe til å samle inn gode data og belyse problemstillinga på ein faglig interessant måte. Metoden skal stille krav til dei data som har vorte samla inn, stiller spørsmål om data har relevans for problemstillinga og om måten datasamlinga har vorte utført på, er påliteleg.

3.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Kvalitativ metode vert brukt til å undersøke og forklare fenomen, erfaringar eller opplevingar. Datasamlinga vert gjort gjennom til dømes intervju av ei lita gruppe menneske, fokusgrupper eller observasjon (Forsberg & Wengström, 2013). Metoden er ikkje generaliserbar, det vil seie at han ikkje lar seg talfeste eller måle (Dalland, 2012).

Kvantitativ metode gir målbare data, til dømes for å finne ut gjennomsnitt eller prosent i ei gitt befolkning. Datasamlinga vert gjort til dømes ved spørjeskjema sendt ut til ei større gruppe menneske (Dalland, 2012). Eksempel på forskning gjort med kvantitativ metode kan vere kva for rutine eller behandlingmetodar som er til størst nytte for pasientar (Forsberg & Wengström, 2013).

3.2 Datasamling

Denne oppgåva er eit systematisk litteraturstudie basert på eit systematisk litteratursøk. Forsberg og Wengström (2013) skriv at fleire kriteria skal vere oppfylte i ein systematisk litteraturstudie. Til dømes skal det vere ei klart formulert problemstilling, godt beskrivne kriterier og metodar for litteratursøket, samt utval av artiklar. Studia skal vere kvalitetsvurderte, ekskluderte artiklar skal vere presenterte samt ei beskriving av kvifor dei vart ekskludert. I tillegg skal det innehalde eit samandrag der alle sentrale delar vert beskrivne.

Forsberg og Wengström (2013) viser til utvalsprosessen sine ulike steg. Desse punkta var gode å støtte seg til i prosessen og vart difor nytta i datasamlinga. I steg 1 vart det vurdert kva kunnskap som var nødvendig å ha for å kunne skrive om det valde tema. Prosessen starta med å finne relevant litteratur om omsorg, kreft og pasienterfaringar. For at oppgåva skal vere påliteleg og truverdig er det viktig å ha mange kjelder å referere til, pensumlitteratur og annan litteratur frå biblioteket vart difor nytta. I steg 2 vart inklusjons- og eksklusjonskriteria for oppgåva vald. Inklusjonskriteria vart studie gjort mellom 2010 og 2015, vaksne kreftpasientar (over 18 år) og studiar med pasientperspektiv som var fagfellevurdert. Tenkte først å ha fokus berre på norske kreftpasientar, men etter å ha starta søkeprosessen, vart det funne at det kunne vere vel så aktuelt å inkludere studiar frå heile verda. Eksklusjonskriteria vart då studie med sjukepleier- eller pårørende perspektiv, barn og studie som var eldre enn 2010. Steg 3-6 av utvalsprosessen vert beskrivne i kapittel 3.2.1 Søkeprosessen.

3.2.1 Søkeprosessen

Forsberg og Wengström (2013) anbefala å bruke PICO-skjemaet for å finne gode og relevante søkeord. For å få ei betre forståing av måten å bruke PICO-skjemaet på, vart det søkt etter informasjon i anna litteratur. Bjørk & Solhaug (2008) skriv at søkeprosessen kan starte bredt, men at han seinare må snevrast inn då til dømes ved hjelp av dette skjemaet. Etter søk i ulike databaser vil fleire aktuelle ord dukke opp og ein finn etter kvart ut korleis og kva for ord som kan kombinerast for å få eit handterbart antal treff. Når aktuelle artiklar

er funne, kan vi bruke nøkkelorda til å utvikle fleire søkeord og plassere desse i skjemaet. Fleire databasar har utvikla MesH-terms (medical subject headings), som er til hjelp for å finne synonyme ord i forhold til dei som er plotta inn i søkemotorane (Bjørk og Solhaug, 2008).

Problemstillinga vert sett inn i PICO-skjemaet og ord blir vald ut i frå problemet, pasientgruppa, intervensjon/eksponering og det ønska resultatet for oppgåva. Kolonne "C" (samanlikning) var ikkje aktuell her og dermed ekskludert. Etter å ha funne gode søkeord ved hjelp av PICO-skjemaet kunne den vidare søkeprosessen planleggast.

| P Person/ Pasient/ Problem | I Intervensjon/ eksponering | C Evt sammenlikning | O Utfall |
|--|--|--|--|
| Cancer patient(s) Cancer Neoplasm Oncology patients Oncology | Nursing care Quality nursing care Cancer care Nurse- patient relation Nurse-patient relationship Nurse relation Relation Oncology nursing | | Patient experiences Patient perceptions Patient perspectives Patient satisfaction Patient recommendation |

For å få ei oversikt over forskjellige databasar og korleis dei ulike søkeorda kan kombinerast, bør det utførast prøvesøk (Steg 3 og 4 i utvalsprosessen). Søka vart gjort i databasane Cinahl Complete, Science Direct og PubMed, Ulike kombinasjonar av søkeorda frå PICO-skjemaet vart brukt, nokre gongar alle og andre gongar berre eit par av dei, for å få gode treff. Dette varierte også mellom databasane. Søkeorda vart kombinert ved hjelp av OR eller AND. Eit eksempel er å bruke AND mellom cancer patients AND nurse-patient relationship AND patient experiences OR patient perspectives, slik som Forsberg og Wengström (2014, s. 79) anbefala. AND gir treff på både A og B, medan OR gir treff på A eller B. Ein kan også bruke NOT men dette var ikkje relevant eller nødvendig her. Det tok tid å bli kjend i alle databasane, då dei har ulike søkemetodar. I enkelte kan ein plotte inn at ein berre vil søke etter fagfelleverderte artiklar, medan ein i

andre må gå manuelt inn i eit register for å kontrollere dette. Det er heller ikkje alle databasar som har valet for avansert søk og søka blir difor ulike frå dei forskjellige databasane. Prøvesøka var også til hjelp for å finne gode kombinasjonar av søkeord til dei ulike databasane. I alt 24 artiklar vart funne og tatt med til vidare gransking (steg 5 og 6 i utvalsprosessen). Etter granskinga vart 8 artiklar vald ut og inkludert.

3.2.2 Søkehistorikk

I tillegg til dette kapittelet, er søkehistorikken presentert i vedlegg 1.

I Science Direct vart to artiklar funne og inkluderte i oppgåva (Artikkel nr 2 & 4). Søkemotoren er enkel å bruke ved å kombinere søkeord med AND, OR eller NOT. Orda som gjekk igjen i denne databasa var cancer patients, quality nursing care, patient satisfaction. Det vart kryssa av for studiar gjort i åra 2010-2015 og "topic" : cancer, care og nurse. Databasa gav relativt mange treff og moglegheita for å ha gått glipp av relevante artiklar er absolutt til stades. På grunn av mange treff var det ikkje mogleg å gå inn på alle artiklane, men fleire abstrakt vart lest og til saman 8 artiklar granska. 6 av desse vart ekskludert på grunn av manglande IMRAD-struktur og fagfelle vurdering. Likevel vart eit ynskja utval relevante artiklar funne og søket fortsette i PubMed.

PubMed har også ulike valmoglegheiter. Dei søkeorda som gjekk igjen her var cancer care, patient satisfaction, nurse-patient relationship, kombinert med AND. Kombinasjonen av søkeord samt ynskja treff frå 2010-2015, gav eit relativt lite utval studiar. Søkemotoren har ei valmoglegheit der du kan finne "similar articles" basert på dei treffa som allereie har vorte gjort. Ein artikkel vart vald ut på denne måten. Ut i frå søka gjort i PubMed vart 4 artiklar inkludert (Artikkel nr 1, 5, 6 & 8). Også her vart 8 artiklar granska, 4 vart ekskludert på grunn av manglande IMRAD-struktur og ønska perspektiv. I forhold til databasa Science Direct gav søket i PubMed eit mykje lavare antal treff, prosessen her vart difor enklare og betre strukturert.

Cinahl Complete er ein søkemotor som gir treff på kryss av fleire databasar. Tidligare erfaringar er at databasen har gode inklusjons og eksklusjons moglegheiter som gir eit

relativt lavt og handterbart antal treff. Søkeorda som gjekk igjen her var patient experiences, cancer, nurse relation og cancer care. Ynskja årstal vart sett til 2010-2015 og tema cancer patients. Som forventet gav søka eit lite knippe gode treff og 7 artiklar vart granska. Sat igjen med 2 artiklar (Artikkel nr 3 & 7) etter å ha ekskludert 5 på bakgrunn av manglande fagfellevurdering og ynskja perspektiv.

3.2.3 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsvurdere artiklane måtte eg forsikre meg om at dei hadde strukturen som var innanfor rammene i oppgåva. Artiklane kunne vere original- eller review-artiklar, med både kvalitativt og kvantitativt design. Dei skulle ha IMRAD-struktur, som betyr at dei inneheld introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette har alle artiklane vald i denne oppgåva. Vidare skulle artiklane vere fagfellevurdert, som vil seie at dei er lest og vurdert av fleire personar før dei har vorte godkjent og publisert. På nettsida til Norsk samfunnsvitskapeleg datateneste plotta eg inn namnet på alle tidsskrifta der artiklane var funne, for å sjå om dei var fagfellevurderte. Alle mine artiklar var rangert ut i frå nivå 1 eller 2. At artiklane er fagfellevurdert er ingen absolutt garanti for at dei er gode, men det viser til ein viss standard (Bjørk & Solhaug, 2008). Eg har vald 3 kvalitative artiklar og 5 kvantitative artiklar. Forsberg & Wengström (2013) har fleire sjekklister, både for kvalitative, kvantitative og systematiske litteraturstudie som har vore nyttig i denne prosessen.

Alle artiklane vart gjennomgått for å sjå kva etiske vurderingar dei hadde gjort. Dalland (2012) skriv at ingen forskning skal gå utover integriteten eller velferda til deltakarane. Dei skal heller ikkje bli påført unødvendig skade eller belastningar. Det er ulike komitear som har ansvar for det forskningsetiske, og innan medisin og helsefag er dette NEM – den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (Dalland, 2012).

Kvåle (2006); Kvåle & Bondevik (2010); Arrighi et al (2014) har gjort studie med kvalitativt design. Det vert beskrive etiske dilemma som kan oppstå ved den valde metoden. Intervju av enkeltpersonar inneber at ein må gå varsamt og følsamt fram. Intervjuar har ikkje moglegheit til å følgje opp pasientane i etterkant og ein må difor ikkje

trå inn å leie pasientane til å fortelje ting som dei kanskje angrar på i etterkant. Deltakarane fekk skriftleg informasjon om studia og kva deltakinga innebar, samt ei godkjenning for opptak av intervju. Dei vart også lova anonymitet og at opptaka vart sletta etter bruk. Styrker ved den kvalitative metoden er til dømes at deltakarane får moglegheita til å fortelje fritt om sine erfaringar utover dei opne spørsmåla som vert stilt. Svakheiter er til dømes at funna ikkje er generaliserbare (Dalland, 2012; Forsberg & Wengström, 2013). Studiane var godkjent av etiske komitear. Forskarane hevdar at det ikkje oppsto interessekonflikt eller økonomisk støtte i forskingsprosessen.

Dei kvantitative artiklane gjort av Griffiths et al (2013); Kullberg et al (2014); Blanch-Hartigan et al (2015) angir ikkje å ha tatt med spesielle etiske vurderingar i sine studie. Dei hevdar at dei ikkje har mottatt økonomisk støtte i forskingsprosessen, eller at det oppsto noko interessekonflikt. At dei ikkje har med etiske vurderingar er ei svakheit, men sidan artiklane er fagfellevurderte vart dei likevel vurdert som gode nok.

Van der Elst et al (2013) beskriv dei etiske vurderingane som har vore tatt i bruk i studien. Spørjeskjemaet som vart brukt, var godkjend av ein etisk komité i forkant av studien. Deltakarane vart lova anonymitet og deltok frivillig. Før dei svara på spørsmåla fekk dei også moglegheita til å snakke om følelsar og diskutere spørsmåla med ein forskar. Mårtensson, Carlsson & Lampic (2009) sin studie var godkjent av ein etisk komité. Ut i frå dette vert det ikkje nemnt meir om etiske vurderingar.

Alle forskarane nemner å kjenne til svakheiter ved bruk av spørjeskjema. For eksempel var det ikkje alle skjema som passa studien 100%, det vart då gjort utval og avgrensing for å oppnå ønska resultat. Når det vert brukt spørjeskjema er det heller ikkje mogleg for pasientane å legge til kommentarar som kanskje kunne vore nyttige i forhold til resultatet (Dalland 2012; Forsberg & Wengström, 2013).

3.3 Analyse

I analyseprosessen vart dei 5 stega til Forsberg & Wengström (2013) nytta. I steg 1 skal ein bli kjend med artikkane, gjennom å for eksempel lese dei fleire gongar til ein har god oversikt over innhaldet. Eg brukte god tid på å gjere meg kjend med artikkane gjennom å setje dei om til norsk og skrive dei inn i litteraturmatrisene. Når ein har god oversikt og kjennskap til innhaldet i artikkane, går ein vidare til steg 2. Der kan det med fordel brukast kodar etter kvart som det blir gjort funn. Ut i frå funna, leita eg etter likheiter i artikkane for så å setje dei saman til aktuelle tema. For å halde orden på alle artikkane vart dei nummerert frå 1-8 og dei ulike kodane frå steg 2 fekk forskjellige fargar. Steg 3 inneber å lese artikkane igjen, for så å bruke dei ulike fargane til å lage kategoriar. I steg 4 vart kodane med likheiter plassert i same kategori. Steg 5 inneber å samle funna og munne ut i ein konklusjon.

Kategoriane vart til slutt (sjå også vedlegg 2):

1. Å kommunisere og få informasjon
2. Å bli sett
3. At sjukepleiar har kunnskap og ferdigheiter
4. Sjukepleiar sine personlege eigenskapar
5. Å få vere delaktig.

4.0 Resultat

Kapittelet presenterer sentrale funn som vart gjort i analysane. Dei vert presentert i strukturerte kategoriar og belyser problemstillinga på ulike måtar.

4.1 Å kommunisere og få informasjon

Måten dei ulike sjukepleiarane formidla informasjon på hadde mykje å seie for betydinga av kvalitet i omsorga. Det var til stor hjelp for forståinga når sjukepleiar hadde med seg brosjyrar og tok seg tid til å forklare ting som kunne vere vanskeleg. Å få god informasjon om sjukdom, behandling og ulike praktiske forhold, er ei konkret handling som pasientane peika på som kvalitet (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010).

For pasientane er god informasjon ein føresetnad for at dei skal kunne ta del i eigen sjukdom. God kommunikasjon er også ein føresetnad for at sjukepleiarane skal kunne innhente god og relevant informasjon frå pasient og pårørande. Dårleg eller ingen kommunikasjon og informasjonsutveksling kan ha negative konsekvensar for både sjukepleiarar og pasientane. Eit eksempel trekt fram frå pasientane var ved endring i medisin som resulterte i ein auka fallrisiko (Arrighi et al., 2014; Kullberg et al., 2014).

For kreftpasientane kan det vere mykje informasjon å skulle handtere på ein gong og dei rapportera å ofte ha vanskar med å gjengi den informasjon dei har fått. Ei oppsummering av sjuke- og behandlingshistoria, til bruk i kommunikasjon med helsepersonell, har vorte verdsatt av pasientane. Denne har dei mottatt ved utskriving og om dei ynskjer kan dei ta oppsummeringa med til neste oppfølgingsmøte med helsepersonell. Dette kan gjere prosessen enklare (Arrighi et al., 2014; Blanch-Hartigan et al., 2015).

Pasientane fortel om erfaringar med pasientsentrert kommunikasjon og betydinga det har for erfaringa av kvalitet i sjukepleia. Dei seier også at pasientsentrert kommunikasjon viser seg ved betre koordinasjon av pleia, ei større involvering av pasientane og mindre usikkerheit rundt overleving. Pasientane nemner at ei forbetring i sjukepleiar si evne til

pasientsentrert kommunikasjon, vil vere med på å auke kvaliteten i pleia dei mottar. Pasientar som får ei oppsummering av sjuke- og behandlingshistoria si, er tre gongar så fornøgd med den pasientsentrerte kommunikasjonen enn dei som ikkje har fått det (Arrighi et al., 2014; Blanch-Hartigan et al., 2015). Likevel viser forskning at pasientane er lite fornøgd med den pasientsentrerte kommunikasjonen i kreftomsorga per dags dato, det må betring til for å auke kvaliteten på sjukepleia (Arrighi et al., 2014; Kullberg et al., 2014).

Pasientane hadde ynskt at sjukepleiarane var meir involverte i informasjonsbiten, at dei var ærlige og gav meir direkte svar. Med å vere meir involvert, meinte pasientane at sjukepleiarane burde vere engasjerte på deira vegne slik at dei ikkje trengde å spør etter eller vente på informasjon (Mårtensson, Carlsson & Lampic, 2010).

4.2 Å bli sett

Når det kjem til psykososiale behov viser forskning at pasientar som får undervurdert sine depressive problem av sjukepleiarar, er mindre fornøgd med omsorga. Pasientane sett pris på sjukepleiarar som klarer å identifisere deira emosjonelle behov. Pasientar med mykje angst og depresjon, er den gruppa som viser seg å vere minst fornøgd med omsorga. Forsking viser at sjukepleiarar treng meir kunnskap om kreftpasientar sitt emosjonelle stress og korleis det påverkar deira psykososiale behov. Dette vil kunne gi sjukepleiarar eit betre utgangspunkt når dei treff pasienten og skal identifisere hjelpebehovet (Mårtensson, Carlsson & Lampic, 2010; Arrighi et al., 2014).

Kreftpasientar er ei sårbar gruppe som i mange tilfelle vert avhengige av sjukepleiarane. Det er viktig at sjukepleiar har forståing for deira forventningar og behov, slik at sjukepleia blir tilrettelagt der etter. Sjølv om dei er sårbare, har dei forståing for at sjukepleiar har ein travel kvardag. Sjukepleiarar bør derfor bli flinkare til å gjere avtalar med pasientane om når dei kan vere tilgjengelege for samtale, og at desse avtalane blir haldne. Ved brot på slike avtalar kan det gå utover sjukepleiar si tillit (Kvåle, 2006; Van der Elst et al., 2013). Pasientar i kontakt med spesialsjukepleiarar føler at dei får god emosjonell støtte under behandling (Griffiths et al., 2013).

Eit funn var at kreftpasientane syntes det vart sett av for lite tid til å identifisere deira psykososiale symptom og emosjonelle behov (Arrighi et al., 2014) Auka kunnskap om kreft og handtering av psykososiale behov vil vere med på å auke kvaliteten på kreftsjukepleia, hevdar pasientar (Mårtensson, Carlsson & Lampic, 2010).

Kreftpasientane bekreftar at det er viktig for dei å bli sett av sjukepleiarane som menneske. Dei har store behov for samtalar, men at dei ofte er forsiktige i tilnærminga fordi sjukepleiarane har ein hektisk arbeidskvardag. Pasientane sett difor pris på når sjukepleiarane tek initiativ til samtale, at dei kjem inn på rommet og har tid til å sette seg ned eller at dei gjer avtale om når dei har tid. Å ha nokon å snakke med er viktig for pasientane si oppleving av kvalitet i kreftomsorga. Det var ikkje alltid viktig kva dei snakka om, men at dei hadde tid til å snakke med pasientane som medmenneske (Kvåle, 2006).

Kreftpasientane beskriv møtet med sjukepleiar som eit møte mellom medmenneske, ein relasjon. Relasjonen vart beskriven som ei kontakt det var vanskeleg å setje ord på. Relasjonen gav ein følelse av at sjukepleiar brydde seg, dette allereie frå første møtet. Relasjonen utvikla seg vidare ved at sjukepleiar og pasient fekk kjennskap til kvarandre sitt privatliv, som medmenneske. Pasientane ser på gjensidigheit i relasjonen som viktig, og at partane i relasjonen ikkje er likegyldige til kvarandre (Kvåle, 2006).

4.3 At sjukepleiar har kunnskap og ferdigheiter

Kreftpasientane fortel at sjukepleiarar som formidla god kunnskap om kreft og behandling, samt utøvde effektiv sjukepleie, gav følelsen av tryggleik og sikkerheit. At sjukepleiarane var trygge i sitt arbeid, gjorde det enklare å kunne føre ein samtale samtidig som prosedyre vart utført. På den andre sida følte pasientane seg utrygge i møte med sjukepleiarar som uttrykte lite kunnskap og kompetanse. Eit eksempel var i møte med sjukepleiarar som var usikre i utførsel av prosedyre, det spegla ei usikkerheit over på pasienten sjølv. Kunnskap og ferdigheiter blant sjukepleiarar blir sett på som kvalitet og er høgt verdsatt av pasientane (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010).

Når det kjem til kunnskap og ferdigheiter, viser forskning at auka spesialisering er avgjerande for pasientane si erfaring med kvalitet i pleia, men ikkje alltid. Spesialiserte sjukepleiarar gav pasientane ei oppleving av god koordinert pleie og kontinuitet. Eit slikt team vart også sett på som flinke til å samarbeide kring pasientane sine behov (Griffiths et al., 2013).

For pasientane er det viktig å vite at dei kan spørje sjukepleiar om ulike ting. Det verkar tryggjande at sjukepleiar svara på bakgrunn av det dei har lært gjennom utdanninga eller i praksis. Erfaringsrike sjukepleiarar vert oppfatta som kunnskapsrike og at dei gir god informasjon. Pasientane hevdar også at det er lett å skilje desse kunnskapsrike sjukepleiarane i frå dei som har lite kunnskap om kreft. Når dei har spørsmål knytt til sjukdommen, vel dei å spørje sjukepleiarane dei har tillit til (Kvåle & Bondevik, 2010).

Kompetente sjukepleiarar hadde i følgje pasientane ei profesjonell framtoning som skapa ei komfortabel atmosfære. Dei visste korleis å utøve sjukepleie, samtidig som dei visste når å gi frå seg ansvaret til legen. Avtalane vart overheldt, men om det skjedde at medisinane vart gitt litt seint, kom dei alltid å bad om årsak. Sjukepleiar opptrer roleg, er tålmodige og utrykkjer ikkje avsky når dei for eksempel ser pasientar som vert dårlege og får ein reaksjon på behandlinga (Van der Elst et al., 2013).

Sjukepleiarane sine tekniske ferdigheiter og erfaringskunnskap viktig for at pasientane skulle føle seg vel og med økt styrke og mot. Når pasientane fekk satt spørsmåla litt på spissen og måtte velje mellom sjukepleiarane sine ferdigheiter, var det tekniske ferdigheiter og utføring av medisinsk behandling som var det viktigaste for følelsen av god omsorg (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010).

4.4 Sjukepleiar sine personlege eigenskapar

Forskning viser at opplevinga av omsorg kjem til syne gjennom sjukepleiarane si profesjonalitet. Pasientane forbind det med hjelpsame pleiarar som gjerne fortel og forklara, er ærlege, viser omsyn, tør å vere nær og vise at dei bryr seg. At sjukepleiarane valde å vere nær i tillegg til å vise at dei brydde seg, hadde stor betydning for pasientane sin

følelse av tillit og tryggleik. ”Den gode sjukepleiar”, er i følgje kreftpasientar ærlig respektfull og punktlig (Van der Elst et al., 2013).

Pasientane sett pris på sjukepleiarane sine personlege eigenskaper, slik som humor og godt humør. Dette er med på å gjere at pasientane føler seg vel samt at dei føler meistring. Latter i avdelinga var med på å holde dei tunge tankane borte (Kvåle, 2006).

Pasientane framheva at dei opplevde god omsorg når sjukepleiarane tok seg tid til å setje seg ned å snakke med dei. Dei hadde stor forståing for sjukepleiarar sin travle arbeidskvardag, men det var stor skilnad i dei sjukepleiarane som verka påverka av dette og ikkje. For eksempel viste dette seg ved at nokre sjukepleiarar kom raskt inn på rommet for å utføre ei prosedyre og gjekk igjen, medan ein annan sjukepleiar kom inn, tok seg tid til ein prat mens ho utførde prosedyre og beklaga seg så når ho måtte gå igjen (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010).

4.5 Å få vere delaktig

Eit funn viser kor viktig det er for pasientane med ”empowerment”. I daglegtalen seier vi gjerne at dette skal ”hjelpa pasienten til å vokse” gjennom sjølv å delta i sjukdommen. For at dei skal kunne ta del, må dei ha fått tilstrekkeleg med informasjon og sjukepleiar må sikre at informasjonen som har vorte gitt, også er forstått av pasienten. God informasjon gir ein følelse av tryggleik og kontroll hos pasienten, som er to av menneskets grunnleggjande behov. Desse to aspekta er også ein føresetnad for å kunne meistre livet med ein alvorleg sjukdom. Å ha kontroll er viktig for å oppretthalde sjølvbiletet (Kvåle, 2006).

Det å få god og relevant informasjon er for pasientane ein føresetnad for å kunne delta i pleia. Likevel rapportera fleire pasientar at dei ikkje fekk moglegheita til dette (Kullberg et al., 2014). I følgje forskning ynskjer kreftpasientar å delta i eiga pleie og omsorg. Pasientane meiner at ei større involvering av pasientane vil vere med på å auke kvaliteten på kreftomsorga (Arrighi et al., 2014).

Ein anna studie viser at ”den gode sjukepleiar” er flink til å inkludere pasientar i egen sjukdom og behandling. I tillegg verkar dei genuint interessert i å sette pasientane sine ynskjer og behov først i behandlinga (Van der Elst et al., 2013).

Som nemnt i punkt 4.1 er det for kreftpasientane mange fordelar med oppsummering av sjuke- og behandlingshistoria. Kreftpasientane rapportera ikkje berre enklare kommunikasjon, men også auka pasientmedverknad. Dei føler seg meir inkludert og involvert i pleia (Blanch-Hartigan et al., 2015).

Sjølv om mange funn viste at pasientane ynskte å delta i eiga pleie, vart det også i ein av artiklane rapportert om at nokre pasientar ikkje ynskte meir informasjon til dømes om medisinar. Dei gav alt ansvaret til sjukepleiarane og fleire visste heller ikkje om medisinendringane som vart gjort under sjukehusopphaldet (Kullberg et al., 2014).

5.0 Diskusjon

Kapittelet startar med ein kort metodediskusjon. Seinare vert dei sentrale funna i artiklane drøfta i lys av kunnskap frå teoribakgrunnen.

5.1 Metodediskusjon

Då søket starta var problemstillinga retta mot kvalitative artiklar. Forsberg & Wengström (2013) skriv at kvalitativt design eignar seg best til å undersøke erfaringar, opplevingar og tankar. Då søket gav flest kvantitative artiklar, vart fokuset endra frå opplevingar til erfaringar. På denne måten kunne både dei kvalitative og kvantitative artiklane brukast. Ved å bruke kvantitative artiklar er ein kanskje ikkje sikra gode svar på same måte som ved kvalitative, då datasamlinga her ofte vert gjort gjennom spørjeskjema. Desse skjema er laga på førehand og kan også innehalde spørsmål som ikkje er relevante for denne oppgåva. I dei tilfella dette har vore aktuelt, har funn som ikkje er aktuelle vorte ekskludert.

Dei første søka vart ikkje rekna som systematisk litteratursøk, då dei ikkje vart utført etter retningslinjene. Etter gode forklaringar i Forsberg & Wengström (2013) vart søkestrategien utvikla. Denne fungerte godt og gav til slutt 8 artiklar. For å finne tak i fleire gode artiklar frå ulike publiseringskanalar, vart det gjort søk i tre databasar. Artiklane vart funne i Cinahl Complete, Science Direct og PubMed ved hjelp av ulike kombinasjonar søkeord. Desse vart funne ved å bruke Forsberg & Wengström (2013) sine anbefalingar og PICO-skjemaet. I tillegg til desse databasane vart Google Scholar og Oria.no brukt for å finne artiklane i fulltekst, der det var nødvendig.

Artiklane som vert brukt i denne oppgåva er i hovudsak på engelsk. Engelsk fagterminologi og vanskelege formuleringar aukar risikoen for å feiltolke innhaldet i artiklane. Det har gått med mykje tid til å setje om frå engelsk til norsk, for så å setje kvar artikkel inn i litteraturmatriser. Etter som at artiklane har vore gjennomgått fleire gongar,

er eg ganske sikker på å ha forstått innhaldet riktig. Å bruke litteraturmatriser har vore til stor hjelp, både for forståinga av artiklane og til å halde dei skilde frå kvarandre.

Inklusjons- og eksklusjons kriteria vart endra litt undervegs. I starten var ynskje å finne artiklar på engelsk eller norsk frå vesten, men fann raskt ut at også artiklar frå resten av verda burde inkluderast. Temaet kvalitetsutøvd sjukepleie og pasientane sine erfaringar er eit aktuelt tema som er utbreidd, ikkje berre i vesten. Å bruke artiklar med forskning gjort andre stader i verda, gav eit inntrykk av likheiter og ulikheiter i sjukepleieutøvinga, og kva for erfaringar pasientar frå ulike delar av verda har i møte med helsevesenet. Det vart også inkludert ein norsk artikkel utgitt i 2006. Dette var utanfor rammene, men eg syntest det var nødvendig å ha med norsk forskning i oppgåva, samt at innhaldet var relevant og godt skrive.

5.2 Resultatdiskusjon

Her vert funna i dei ulike artiklane diskutert opp i mot relevant teori og kunnskap som vart presentert i teoribakgrunnen. Konsekvens for sjukepleia vert belyst.

5.2.1 Behovet for god kommunikasjon og riktig informasjon

Eide & Eide (2014) skriv at kommunikasjon i helseprofesjonen er meint å vere til hjelp for pasienten. Kommunikasjon skal vere anerkjennande, er meint å skulle skape tillit og tryggleik, samt å formidle informasjon på måtar som bidrar til å løyse problem. Det skal også gi ein følelse av meistring. Sjølv om sjukepleie er eitt yrke, er kvar og ein sjukepleiar eitt unikt menneske. Dette ber med seg ulikheiter i utøvinga av sjukepleie, også innan kommunikasjon. Dette viser også pasienterfaringar frå forskning, då dei rapporterer at det er stor skilnad i korleis sjukepleiarar handtera kommunikasjon. Ikkje berre korleis dei formidlar, men også korleis dei handtera situasjonen. Kreftpasientar sine erfaringar er at sjukepleiar opptrer stressa og ikkje tar seg tid til å setje seg ned hos pasienten. Sjukepleiarar som beheld roa til tross for ein travel arbeidskvardag, vert vurdert til å utøve

betre kvalitetssjukepleie (Kvåle, 2006). På kva måte kan sjukepleiar la seg påverke mindre av stresset i arbeidskvardagen? Eg trur ikkje ein kan gi ein fasit på dette, men at kvar og ein sjukepleiar må trene seg og tenke over korleis ein opptrer ovanfor pasienten sjølv om ein har lite tid og mykje å gjere.

Pasienterfaringar viser at mangelfull eller dårleg kommunikasjon kan gi negative og alvorlige konsekvensar både for pasient og sjukepleiar. Kommunikasjon har betydning for relasjonen mellom pasient og sjukepleiar samt formidling av informasjon (Arrighi et al., 2014; Kullberg et al., 2014). Gode kommunikasjonsferdigheiter hos sjukepleiar er ein fordel for å kunne lytte aktivt og kommunisere klart, som er ein føresetnad for å identifisere situasjonen og førebyggje uheldige val og konsekvensar. Kommunikasjon vert brukt som ei kvalitetssikring av arbeidet i helsevesenet (Eide & Eide, 2014).

I lov om pasient- og brukarrettigheter (1999, § 3-2) står det at pasienten har krav på informasjon om behandlingstiltak, prosedyrar, undersøkingar og behandling. Det vil seie at sjukepleiar har eit ansvar å formidle kva vi gjer og kvifor vi gjer det, samt forsikre oss om at det er forstått av pasienten. God og riktig informasjon kan vere med på å gi pasienten meistringsfølelse, då dei får ei betre forståing av det som skjer rundt dei. Informasjon om det som skal skje framover kan vere til stor hjelp for pasienten til å kunne forberede seg, både på smerter og ubehag, samt at det kan vere med på å dempe angsten for det ukjende (Stubberud, 2013). Det har vorte meir ”opp i dagen” at kreftpasientar tidlegare skal få innsyn i det som står skrive i sin elektroniske journal, samt at dei skal få tilgang til prøvesvar og resultat. Kreftpasientar gir tilbakemelding om at dette gir ei auka forståing og moglegheita til å vere ein samarbeidspartnar for sjukepleiar i pleia (Kullberg et al., 2014).

At kreftpasientar får skriftleg informasjon, er til stor hjelp for dei ved seinare tilfelle når dei igjen skal kommunisere med helsevesenet. Informasjonen dei har fått under sjukehusopphaldet kan ha vorte fortrent på grunn av store belastningar, og det kan vere vanskeleg å gjengi informasjonen i etterkant (Arrighi et al., 2014; Blanch-Hartigan et al., 2015). I tillegg er det ikkje nok å berre gi informasjon, med informasjonen må det også følgje ei forklaring. Sjukepleiar må hugse at vårt fagspråk ikkje er like forståeleg for alle, og pasientane sett pris på til dømes brosjyrar eller bilde som hjelp til å forstå (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010). Erfaringar eg har frå praksis viser at pasientane synes sjukepleiarar gir for lite informasjon. Dette er ikkje bra, med tanke på konsekvensane det i

verste fall kan få. Dette er absolutt eit område som treng forbetring og pasienterfaringar er referansar som er verdifulle for kvalitetsutvikling.

Pasientsentrert kommunikasjon er i følgje kreftpasientar eit viktig aspekt ved kvalitet i kreftomsorga. Likevel vert det rapportert at det er mangel på dette i utøvinga av sjukepleie. For ei betring i kvaliteten på sjukepleia, må det skje ei betring på dette området seier kreftpasientane (Arrighi et al., 2014; Blanch-Hartigan et al., 2015). Pasientsentrert kommunikasjon er grunna med prinsippa likeverd, sjukepleie til pasientens beste og respekt for pasientens autonomi. Dette er ein føresetnad for empowerment. For utøvinga av sjukepleie handlar det om at sjukepleiar må meiste å få fram pasientens perspektiv, forstå pasientens psykososiale behov, arbeide mot ei felles forståing av pasientens verdiar, samt hjelpe pasienten til å bevare kontroll og myndigheit så langt dette er mogleg (Eide & Eide, 2014). For sjukepleiar handlar dette om å klare å formidle til pasienten at det er han som er i sentrum. Det vil vere med på å gi ein følelse av kontroll og meistring, som er nødvendig for å kunne leve med ein alvorleg sjukdom som kreft. Det vil også gi ein følelse av tryggleik og sikkerheit i møtet med sjukepleiarane (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010).

5.2.2 Omsorg som grunnleggjande verdi

Grunnprinsippa i omsorg er empati, fagkunnskap, målorientering, fornuft, følelsar, etikk, tilknytning, håp og forteljing. Å ha empati for nokon, vil seie å vere i stand til å setje seg inn i og forstå korleis pasienten har det, samt på kva måte han opplever sin situasjon (Lillestø, 2010) Omsorg for andre er ein grunnleggjande verdi i sjukepleia. Ut i frå omgrepet forstår vi gjerne omtanke for andre, å bekymre seg for eller bry seg om nokon. Sjukepleiar skal alltid bidra til betring av pasientens eigenomsorg gjennom å støtte, fremme og beskytte (Eide & Eide, 2014). Pasienterfaringar viser at sjukepleiarar har ulike måtar å formidle omsorg på. For pasientane er det viktig at sjukepleiar ser heile mennesket og at dei vert behandla ut i frå det, og at det ikkje alltid treng å handle om sjukdom. Gode samtalar, godt humør og eit smil frå ein interessert sjukepleiar, er viktige aspekt i kvardagen (Kvåle, 2006; Van der Elst et al., 2013).

For å kunne gi individuell pleie og omsorg, treng sjukepleiar ”eit trena blikk”. Erfaringar vil kunne gi kunnskap til å utøve den sjukepleia pasientane har behov for og det som fagleg sett er best. Dette inneber at sjukepleiar også klarer å sjå pasientane sine emosjonelle behov. For pasienten er det tungt nok å vere sjuk, om ein ikkje også må fortelje sjukepleiar om sine problem og behov (Eide & Eide, 2014). Observasjon er ei nødvendig ferdigheit hos sjukepleiar og skal føre til at problema og behova blir sett og gjort noko med. Observasjon inneber å oppdage, identifisere og dokumentere viktige endringar i pasienten sin tilstand (Stubberud, 2013). For pasientar som ikkje vert sett av sjukepleiarar og som ikkje får tilfredsstilt sine behov, vert dette eit problem og dermed ei negativ erfaring med sjukepleia (Mårtensson, Carlsson & Lampic, 2010; Arrighi et al., 2014). Kanskje kan dette vere fordi deira psykososiale behov ikkje får nok merksemd og at dei dermed ikkje får den omsorga og pleia dei treng?

For kreftpasientar er det å leve med angst og usikkerheit for framtida ein heilt reell situasjon. Forsking viser at dette er den pasientgruppa som er minst tilfreds med sjukepleiar si evne til å identifisere psykososiale problem og ivareta emosjonelle behov (Mårtensson, Carlsson & Lampic, 2010; Arrighi et al., 2014). Sjukepleiarar kan ha vanskar med å møte pasientar som er engstelege, triste eller sinte på ein god og open måte. Det er menneskeleg å trekke seg tilbake i situasjonar – bevisst eller ubevisst, som eit behov for å beskytte seg sjølv. Det er ein automatisk mekanisme å stenge av for andre sine negative følelsar. For å kunne utøve kvalitetssjukepleie på dette området må sjukepleiar trene seg opp til å kunne halde seg positiv og konstruktiv i møte med pasientane sine negative følelsar (Eide & Eide, 2014).

Det at sjukepleiar har gode faglege kunnskapar, gjer at ho ser ting som ikkje andre ser. Ved mangel på slik kunnskap vil sjukepleiar ha vanskar med å oppdage å identifisere det som er viktig for pasienten. Om ein ikkje har riktig fagleg kompetanse, hjelp det faktisk heller ikkje med gode kommunikasjonsferdigheiter (Eide & Eide, 2014). Det same presisera kreftpasientane. Mangel på fagleg kunnskap formidla ei utryggheit og usikkerheit for pasientane. På den andre sida er sjukepleiarar som er trygge i sitt arbeid, flinkare til å identifisere pasientane sine psykososiale behov, samt at dei gir ei meir effektiv og koordinert pleie (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010).

I kreftsamanheng er det ofte spesialsjukepleiarane som er desse trygge, koordinerte og effektive sjukepleiarane. Likevel er det ikkje alltid ei auka spesialisering som er avgjerande, men nok tilgjengelege sjukepleiarar (Griffiths et al., 2013; Kullberg et al., 2014). Å vise seg tilgjengeleg som sjukepleiar er også ein treningssak. Å danne ein relasjon slik at pasienten føler seg trygg på å kunne kontakte sjukepleiar ved spørsmål eller usikkerheit, er viktig for opplevinga av kvalitet i utøvinga av sjukepleie.

5.2.3 Sjukepleie i lys av omsorgsaspekta

Med bakgrunn i erfaring utviklar sjukepleiar kunnskap og ferdigheiter. Slik erfaring er nødvendig for å kunne yte god sjukepleie, i tillegg til "eit godt handlag". "Det gode handlaget" må øvast inn til ei vane og kan forsvinne over tid. Ei årrekkje med erfaring vil også gi sjukepleiar skjønn og intuisjon, som er sentrale faktorar i sjukepleie. Dette kan vi sjå ut i frå det Martinsen (2003) skriv om at omsorga er praktisk og konkret. Det handlar om korleis sjukepleiar viser omsorg for den andre gjennom praktiske og konkrete handlingar. Erfarne sjukepleiarar ser heile pasienten på bakgrunn av erfaringsbasert kunnskap som har gått føre seg over lang tid. Difor seier vi at læreprosessen aldri sluttar, vi lærer så lenge vi lev (Lillestø, 2010). Frå mi tid som sjukepleiarstudent har eg sett og erfart at nokre sjukepleiarar utøver sjukepleie på ein måte som eg personleg ikkje ville ha gjort. Det inneber mangel på empati, forståing og interesse for pasienten sine ynskjer og behov. Mine tankar har då vore at sjukepleiar kanskje har gått lei seg sjølv og arbeidet, og at dette går utover utøvinga av sjukepleie. Som sjukepleiar har ein ansvar for sine handlingar og dette kjem til uttrykk i helsepersonellova (1999, § 4):

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som blir forventa ut i frå helsepersonellens kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonellova, 1999, § 4).

For kreftpasientane er sjukepleiar sine personlege eigenskaper, ferdigheiter og kunnskapar viktige faktorar for å føle tryggleik, meistring og ivaretaking av omsorgsbehov (Kvåle, 2006; Kvåle & Bondevik, 2010). Den moralske omsorga viser seg gjennom sjukepleiar sin måte å vere til stades i relasjonen og handlingane på (Martinsen, 2003). Dette gir oss ei

forståing av kor viktig det er som sjukepleiar å vere genuint interessert i arbeidet og utøve sjukepleie i tråd med pasientane sine ynskjer og behov. Det er eigentleg ikkje eit val sjukepleiar har, men som nemnt, eit krav som vert presisert i helsepersonellova. Personlege eigenskaper er noko kvar enkelt sjukepleiar må jobbe med, og finne sin eigen måte å utøve god kvalitetssjukepleie på.

At omsorga er relasjonell betyr for kreftpasientane eit medmenneskeleg forhold til sjukepleiar. Det er for pasientane vanskeleg å setje ord på relasjonen, men opplevinga er at sjukepleiar bryr seg i frå første møtet. At sjukepleiar er til stades i relasjonen med eit godt humør og ein sans for humor, er eit lys i kvardagen (Kvåle, 2006). Slik ynskjer også Martinsen (2003) at den relasjonelle omsorga skal vere. Omsorgsytaen skal vere til stades i pasienten sine føresetnadar og utøve sjukepleia der etter. Sjukepleiar viser omtanke for pasienten, hjelper med smerter og andre symptom, gir økt verdigheit og sjølvstendigheit (Alvsvåg, 2010).

5.2.4 Behovet for å delta i eiga omsorg

At pasientane har rett til delaktigheit, står skrive både i Lov om pasient- og brukarrettigheter (1999) og yrkesetiske retningslinjer (2011). Det står blant anna at sjukepleiar skal respektere pasientens ynskje om å foreta val, fremme pasientens moglegheit til sjølvstendige avgjersle ved å gi tilstrekkeleg informasjon og sørgje for at denne er forstått (Eide & Eide, 2014). Det var ulikheiter i funna om pasientane si erfaring kring pasientmedverknad. Van der Elst et al. (2013) viser til erfaringar frå kreftpasientar som seier at sjukepleiar var flink til å inkludere dei i pleia og at dei verka genuint interessert i at pasientane sine behov vart i varetatt. På den andre sida viser forskning Kullberg et al. (2014) har gjort, at pasientane erfarte å ikkje få moglegheita til å delta i eigen sjukdom og pleie. Kreftpasientane utrykkjer at ei større involvering av pasientane ville vere med på å auke kvaliteten av sjukepleia i kreftomsorga.

Eigenomsorg er ei målsetjing i sjukepleia. Målet er at den sjuke igjen skal verte i stand til å ta hand om seg sjølv og verte uavhengig av andre si hjelp. Sjukepleiar må då yte omsorg og hjelp til sjølvhjelp (Alvsvåg, 2010). For kreftpasientar er det å verte inkludert i eiga

pleie, eit stort steg mot å føle meistring. Meistring, tryggleik og kontroll er grunnleggjande behov hos kreftpasientane. Gjennom å fremme desse aspekta, bidreg sjukepleiar til å ”hjelpa pasienten å vokse” (Kvåle, 2006). Ved å gi pasienten så stor innflytelse på eigen situasjon som mogleg, vil det kunne fremme empowerment. Empowerment tar sikte på å la pasientane behalde mest mogleg makt over eigen situasjon. Sjukepleiar sitt ansvar blir då å involvere pasienten i avgjersler (Eide & Eide, 2014). For at pasienten skal kunne ta del i å ha makt over eigen situasjon, er han avhengig av å ha fått tilstrekkelig informasjon. Det er likevel viktig å hugse på at pasientane har ulike føresetnadar og ikkje alle ynskjer like stor deltaking i eiga pleie (Kullberg et al., 2014).

6.0 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva var å sjå nærmare på kreftpasientane sine erfaringar med kvalitetsutøvd sjukepleie og kva som var viktig for at dei skulle vere tilfreds. Det vart gjort mange funn som til dømes konsekvensar på mangelfull kommunikasjon og informasjon, sjukepleieferdigheiter si betyding for tryggleik og evna til å identifisere psykososiale behov. Kari Martinsen (2003) sin omsorgsteori beskriv godt korleis sjukepleiar må ta tak i seg sjølv for å lære å utøve sjukepleie i takt med pasientane sine behov og føresetnadar. Empati er ein viktig eigenskap og er med på å danne relasjon til pasientane. Å vere i relasjon med pasientane opnar opp for eit tillitsforhold som igjen vil lette kommunikasjonen. At kommunikasjonen er til stades er avgjerande for om at pasientane får riktig informasjon. Informasjonen er med på fremme empowerment hos pasientane og dei grunnleggjande behova meistring, tryggleik og kontroll. Mangel på alt dette formidlar eit inntrykk av ein sjukepleiar med lite kunnskap og ferdigheiter, mangel på empati og forståing for pasienten sin situasjon. Å bli møtt på ein slik måte, vil naturleg gi ei negativ erfaring av omsorga. Alt i alt viser forskning at dei fleste pasientane er tilfreds med den kvalitetsutøvde sjukepleia dei mottar, men at det alltid er rom for forbetring.

Ei undersøking av dette temaet, samt å ta det med seg vidare i utviklinga av sjukepleia, vil vere til stor nytte i kvalitetssikring av faget. Det er likevel behov for meir forskning rundt temaet. Det vil vere nødvendig med konkrete tiltak for å endre sjukepleia slik den er i dag. Sjølv om funna i oppgåva viser at mykje avhenger av sjukepleiar sine personlege eigenskapar og evner, handlar det også mykje om mangel på ressursar og tilgjengelege sjukepleiarar.

7.0 Litteraturliste

- Alvsvåg. H (2010) Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenking. I: Knudstad. U (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. 3. Utgave. Oslo: Akribe, s. 417 – 450
- Arrighi. E, Blancafort. S, Jovell. A-J, & Navarro Rubio. M.D. (2014) Quality of cancer care in Spain: recommendations of a patient jury. *European Journal of Cancer Care*. Apr 2014, 24; 387-394. [Online] DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12208> (Lasta ned: 11.04.16)
- Bjørk. I-T & Solhaug. M (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1. Utgave. Oslo: Akribe
- Blanch-Hartigan. D, Chawla. N, Beckjord. E-I, Forsythe. L-P, de Moor. J-S, Hesse. B-W & Arora. N.K (2015) Cancer survivors receipt of treatment summaries and implications for patient-centered communication and quality of care. *Patient Education and Counseling*, Jun 2015, 98; 1274-1279. [Online] DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.005> (Lasta ned: 11.04.16)
- Dalland. O (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide. H & Eide. T (2014) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg. C & Wengström. Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur
- Griffiths. P, Simon. M, Richardson. A & Corner. J (2013) Is a larger specialist nurse workforce in cancer care associated with better patient centered experience? Cross-sectional study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18 (1); 39-46. [Online] DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1355819612473451> (Lasta ned: 11.04.16)

Helsepersonelloven. Lov av 2.juli 1999 nr 64 om helsepersonellov

Kreftforeninga (2016) [Online] Henta 14.03.16 fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftregisteret (2016) *Institutt for populasjonsbasert kreftforskning*. [Online] Henta

14.03.16 fra <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Kullberg. A, Sharp. L, Johansson. H & Bergenmar. M (2014) Information exchange in oncological inpatient care – Patient satisfaction, participation, and safety. *European Journal of Oncology Nursing*, 2015, 19; 142-147. [Online]

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.005> (Henta: 06.04.16)

Kveseth. B & Mikkelsen. J (2010) Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I: Knudstad. U (red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2. 3. Utgave*. Oslo: Akribe, s. 309-344.

Kvåle. K (2006) Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård I Norden*, juni 2006 (1), (79) 26; 15-19. [Online]

<http://njn.sagepub.com/content/26/1/15.extract> (Henta: 16.03.16)

Kvåle. K & Bondevik. M (2010) Patients perceptions of the Importance of Nurses Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum*, juli 2010, 37 (4); 436-442. [Online]

DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/10.ONF.436-442> (Henta: 16.03.16)

Lillestø, B (2010) Sykepleiens tre dimensjoner. I: Knutstad U (red). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2. 3. Utgave*. Oslo: Akribe, s. 393-416.

Lov om pasient- og brukarrettigheter. Lov av 2.juli 1999 nr 63 om pasient- og brukarrettigheter

Martinsen. K (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin.2*. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Mårtensson. G, Carlsson. M & Lampic. C (2010) Are cancer patients whose problems are overestimated by nurses less satisfied with their care? *European Journal of Cancer Care*, sept 2010, 19; 382-392. [Online]

DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01070.x> (Henta: 16.03.16)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2016) *Publiseringskanaler*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. [online]. Henta 16.3.16, fra

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk Sykepleierforbund. (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. [online]. Henta 14.03.16 fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Stubberud. D-G (2013) Konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I: Stubberud. D-G (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 67-113.

Utne. I (2010) Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft. I: Knudstad. U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2. 3*. Utgave. Oslo: Akribe, s. 244-260

Van der Elst. E, Dierckx de Casterle. B, Biets. R, Rchaidia. L & Gastmans. C (2013) Oncology patients perceptions of "the good nurse": a descriptive study in Flanders, Belgium. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2013, 16; 719-729. [Online]

DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-013-9469-1> (Henta: 16.03.16)

World Health Organization (2016) [Online] Henta 14.03.16 fra:

http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Vedlegg 1: Søkehistorikk

| Database | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Brukte artikler |
|----------|---|---|-------------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| 11.04.16 | | | | | | |
| PubMed | Cancer care AND quality recommendati ons AND patients | 2010-2015 Full text Engelsk Subject: cancer Journal categories: nursing journals | 842 26 | 6 | 4 | 1 (nr 1) |

| Database | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Brukte artikler |
|----------------|---|--|--------------|----------------|----------------|-----------------|
| 11.04.16 | | | | | | |
| Science Direct | Cancer patients AND quality of care | 2010-2015 topics: patient, cancer | 1159 | 7 | 4 | 1 (nr 2) |

| Database | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Brukte artikler |
|-----------------|--|------------|--------------|----------------|----------------|-----------------|
| 16.03.16 | | | | | | |
| Cinahl Complete | Patient experience AND cancer AND nurse relation | 2005-2015 | 68 | 5 | 2 | 1 (nr 3) |

| Database | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Brukte artikler |
|----------------|--|---|--------------|----------------|----------------|-----------------|
| 06.04.16 | | | | | | |
| Science Direct | Quality nursing care AND patient experiences OR satisfaction | 2010-2015 Topics: patient, cancer, cancer patient, nurse, oncology nurse, care | 467 | 5 | 4 | 1 (nr 4) |

| Database | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Brukte artikler |
|----------|---|-----------------------------------|--------------|----------------|----------------|--------------------------|
| 16.03.16 | | | | | | |
| PubMed | Cancer care AND patient satisfaction AND nurse-patient relationship | 2005-2015 Similar articles | 80 72 | 7 4 | 3 1 | 1 (nr 5) 1 (nr 6) |

| Database | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Brukte artikler |
|-----------------|--|--|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 11.04.16 | | | | | | |
| Cinahl Complete | Cancer care AND patient satisfaction AND patient experiences | 2010-2015 Engelsk Subject: cancer patients | 704 149 | 5 | 3 | 1 (nr 7) |

| Database | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Brukte artikler |
|----------|--|------------|--------------|----------------|----------------|-----------------|
| 16.03.16 | | | | | | |
| PubMed | Oncology patients perceptions AND nurse relation | 2010-2015 | 63 | 5 | 3 | 1 (nr 8) |

Vedlegg 2: Hovudfunn og undertema

| Hovudfunn | Undertema |
|---|---|
| Å kommunisere og få informasjon | <ul style="list-style-type: none">- Skriftlig oppsummering av sjukehistoria- pasientsentrert kommunikasjon- koordinering og kontinuitet av pleia- informasjon lindrar utryggheit |
| Å bli sett | <ul style="list-style-type: none">- emosjonell støtte- samtalar- å vere tilgjengeleg |
| At sjukepleiar har kunnskap og ferdigheiter | <ul style="list-style-type: none">- kunnskap om diagnose og behandling- symptomlindring- tekniske ferdigheiter- spesialsjukepleiar- samarbeid |
| Sjukepleiar sine personlege eigenskapar | <ul style="list-style-type: none">- omsorg- sympati- respekt- ærlegheit- verdiar- humor og humør- formidlingsevne |
| Å få vere delaktig | <ul style="list-style-type: none">- deltaking i eiga behandling og pleie- innsyn i resultat og dokumentasjon- informasjon ein føresetnad for pasientdeltaking i pleia- empowerment |

Vedlegg 3:

| Referanse Artikkel nr 1 | Studiens hensikt/mål/problemstilling | Nøkkel- begrep/Key words | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|
| <p>Blanch-Hartigan. D, Chawla. N, Beckjord. E, Forsythe. L-P, de Moor. J-S, Hesse. B-W, Arora. N-K. (2015)</p> <p>Cancer survivors receipt of treatment summaries and implications for patient-centered communication and quality of care</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i></p> <p>Vol 98, s. 1274-1279</p> <p>http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.005</p> | <p>Hensikta med denne studien var å finne ut om ei oppsummering av sjuke- og behandlingshistoria var assosiert med at pasientane var meir fornøgd med pasient-sentrert kommunikasjon i møtet med sjukepleiarane, samt om det gav ei oppleving av kvalitet i kreftomsorga.</p> | | <p>Studien har ein kvantitativ design. Utvalet var 359 overlevande kreftpasientar. Datasamlinga vart gjort gjennom ulike spørjeskjema.</p> | <p>Resultatet viste at ei oppsummering av behandlinga dei hadde motteke, var assosiert med bedre pasientsentrert kommunikasjon og kvalitet i sjukepleia. Av deltakarane var det berre 34 % som hadde motteke eit slikt dokument. Det viste seg at dei som fekk oppsummeringa, hadde gjennomgått fleire typar behandling, ikkje berre ei. Mange av pasientane ynskte eit slikt dokument, då det ville vere til hjelp ved seinare møte med helsepersonell.</p> | <p>Denne artikkelen har relevans for min studie fordi eg trengde meir informasjon og kunnskap om ulike tiltak som vert gjort for å betre pasientane si erfaring av omsorga. God informasjon og oppfølging er ein stor del av sjukepleia, og eit slikt verktøy som vert presentert i denne studien, vil vere til stor hjelp for kreftpasientane i seinare møter med helsevesenet.</p> |

| Referanse Artikkel nr 2 | Studiens hensikt/mål/problemmstilling | Nøkkelbegrep/Key words | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|---|---|---|--|--|---|
| <p>Arrighi. E, Blancafort. S, Jovell. A.J, Navarro Rubio. M.D (2014)</p> <p>Quality of cancer care in Spain: recommendations of a patients jury</p> <p><i>European Journal of Cancer Care</i> Vol 24, s. 387-394</p> <p>http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12208</p> | <p>Hensikta med studien var å evaluere kvaliteten på kreftsjukepleia i Spania, gjennom pasientane sine synspunkt og erfaringar. Målet med studien var å kunne bruke tilbakemeldingane frå pasientane til å forbetre kreftomsorga.</p> | <p>Patient information, patient satisfaction, quality of life</p> | <p>Studien har eit kvalitativt design. Det vart samla 30 leddarar frå ulike pasientorganisasjonar i heile Spania, som danna ein jury. 4 ekspertar var vitne og skulle vere ei støtte. Samtalane vart tatt opp på tape og transkribert i etterkant.</p> | <p>Pasientane i juryen hadde fleire ulike synspunkt. Dei var bekymra for forsinka testresultat, fragmentering og lite psykososiale støtte. Det vart ytra at ei auke i sjukepleiar si evne til å identifisere psykososiale behov, var nødvendig. Meir kontinuitet i pleia, betre oppfølging og ei telefonlinje open heile døgnet var også etterspurt. Kreftpasientar ynskjer ei større tilknytning til spesialistar, effektiv koordinering av pleia, konkret informasjon om sjukdom og behandlingalternativ, samt merksemd til symptom og psykososiale behov.</p> | <p>Eg valde å bruke denne studien i oppgåva mi fordi den inneheldt funn som viser korleis sjukepleiarane kan verte flinkare til å tilfredsstille pasientane sine behov. Også denne artikkelen tok for seg informasjon og pasient-sentrert kommunikasjon, noko som gjennom fleire studiar har vist seg å vere viktig for pasientane sin oppleving av kvalitet i omsorga.</p> |

| Referanse Artikkel nr 3 | Studiens hensikt/mål/probl emstilling | Nøkkel- begrep/Key words | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|--|--|--|---|---|---|
| <p>Kvåle. K (2006)</p> <p>Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det</p> <p><i>Vård i Norden 1(2006),</i> No 79, vol 26, side 15-19.</p> | <p>Hovudmålet med studien var å finne ut kva pasientar innlagt i ei kreftavdeling meiner er viktig for opplevinga av omsorg.</p> | <p>Caring, Giorgis phenomenology, patients perceptions</p> | <p>Metoden er Giorgis fenomenologiske forskingsmetode. Studien har eit kvalitativt design. 20 pasientar vart intervjuet. Alle var innlagt til utredning, palliativ eller kurativ behandling. Dei var godt informerte og hadde samtykka til å delta, samt ei godkjenning for at intervjuet blei tatt opp på band, Dei hadde ulike kreftdiagnosar på ulike stadie, og med ulike prognoser. Alderen varierte frå 28 og til 82 år. Studien vart utført etter etiske retningslinjer.</p> | <p>Dei fleste pasientane i studien uttalte spontant at alle sjukepleiarane i avdelinga gav dei god omsorg. Dei kunne likevel identifisere en eller to som dei opplevde som spesielt omsorgsfulle. Det var desse sjukepleiarane dei hadde størst tillit til å ønska å vere saman med og snakke med. Pasientane sa at sjukepleiarane brydde seg om dei, tok seg tid til å prate, gav informasjon og forklarte, var smilande, glade og hadde humor. Beskrivinga av sjukepleiar var at ho møtte pasienten som eit menneske, meir enn ein pasient.</p> | <p>Sjølv om denne studien er 10 år gamal, valde eg å inkludere den fordi eg trengde meir forskning frå Norge, og det var eit pluss at den hadde eit kvalitativt design. Omgrepet omsorgsfull sjukepleiar har av mange pasientar blitt verdsatt og assosiert med kvalitet i sjukepleia. Denne studien inneheldt mange gode synspunkt som var relevante for mi oppgåve.</p> |

| Referanse Artikkel nr 4 | Studiens hensikt/mål/problemmstilling | Nøkkelbegrep/Key words | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>Kullberg. A, Sharp. L, Johansson. H & Bergenmar. M (2014)</p> <p>Information exchange in oncological inpatient care: Patient satisfaction, participation and safety</p> <p><i>European Journal of Oncology Nursing</i> Vol 9, s. 142-147</p> <p>http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.005</p> | <p>Denne pilotstudien hadde som hensikt å undersøke pasientenes synspunkt på informasjon utveksling og om det var assosiert med pasienttilfredsheit, deltaking og trygghet i kreftavdelingar.</p> | <p>Patient safety, communication, participation, oncology, fall risk, fall risk assessment, patient-centered care</p> | <p>Studien har eit kvantitativt design. Denne prospektive pilotstudien vart utforma ved departementet for kreft, ved Karolinska University Hospital. Pasientar over 18 år, som var utskrivne etter eit opphald i kreftavdelinga på minst tre dagar, vart inkludert. Pasientar som ikkje snakka svensk eller som var i ein terminal fase vart ekskludert. Dei inkluderte pasientane fekk utdelt eit informasjonsskriv og datasamlinga vart gjort gjennom spørjeskjema. 104 pasientar deltok i studien.</p> | <p>Hovudfunna i studien viser manglar i informasjonsutvekslinga mellom kreftpasientane og helsepersonell. Studien viser at helsepersonell gir for lite informasjon til pasientane om for eksempel rull risiko og endringar i medikament. Sjukepleiarar er også for lite bevisste kring utførte handlingar. For pasientane er det å få tilstrekkelig med informasjon, ein føresetnad for å kunne delta i pleia, og pasientane må vere flinkare til å gi tilbakemelding til sjukepleiarane.</p> | <p>Denne studien inneheldt viktige funn som igjen viser kvifor informasjon er eit så viktig punkt i kreftomsorga. Studien kjem med eksempel på konsekvensar, både negative og positive i forhold til informasjon. God informasjon kan gi pasientane ei moglegheit til å bidra i eigen omsorg, mens for dårlig eller lite informasjon kan for eksempel føre til fall som følge av endring i medisinar som påverkar bevisstheita. Det var relevant for oppgåva mi å nå meir forskning kring dette temaet, då pasientmedverknad er ein stor og viktig faktor i kreftomsorga.</p> |

| Referanse Artikkel nr 5 | Studiens hensikt/mål/problestilling | Nøkkelbegrep/Key words | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|--|--|---|---|---|--|
| <p>Mårtensson. G, Carlsson. M & Lampic. C. (2010).</p> <p><i>European Journal of Cancer Care</i>, vol 19, s. 382-392.</p> <p>Are cancer patients whose problems are overestimated by nurses less satisfied with their care?</p> <p>http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01070.x</p> | <p>Hensikta med denne studien var å undersøke om enighet/uenighet mellom sjukepleiar og pasient om kreftpasienten sin situasjon, var viktig for at pasienten skulle bli tilfreds med omsorga. Eit anna mål var å beskrive kreftpasientane si tilfredsheit med omsorga og finne ut om det hadde en samanheng med kreftpasientane sitt emosjonelle stress.</p> | <p>Cancer care, patient satisfaction, patient-nurse agreement</p> | <p>Dette er ein original artikkel med kvantitativ design. Studien er ein del av eit større prosjekt med ein prospektiv og samanliknande utforming, som tar sikte på å undersøke konsekvensane av avvika som oppstår mellom kreftpasientar og sjukepleiarar i oppfatninga av pasientane sin situasjon. 82 pasientar deltok i studien. Desse måtte vere over 18 år, ha ei kjent kreftdiagnose, eit panlagt sjukehusopphald på minst tre dagar, kunne snakke, lese og forstå svensk.</p> | <p>Resultatet viste at dei pasientane som fekk undervurdert sine depressive problem av sjukepleiar, var signifikant mindre fornøgd med omsorga dei fekk. Vidare var engstelege og deprimerte pasientar mindre fornøgd med nokre aspekt av den omsorga dei fekk, enn dei øvrige pasientane. Påstanden om at sjukepleiarar overvurderte pasientane sine problem, hadde ingen betydning for at pasientane skulle vere tilfreds med omsorga. Sjølv om dei fleste pasientane hevda å ha positive erfaringar med sjukepleia dei hadde mottatt, kunne fleire fortelle om negative erfaringar. Sjukepleiarar må auke sine kunnskapar om det å identifisere pasientane sine emosjonelle behov.</p> | <p>Kreftpasientar har ikkje berre ein kreftsjukdom, men mange følgjesjukdommar som følgje av store belastningar og usikkerheit i livet deira. Denne artikkelen har relevans for min studie fordi psykososiale problem er ein stor faktor i kreftomsorga, og som også treng å bli ivarettatt av sjukepleiar. Sjukepleiar treng å ha gode kunnskapar kring dette temaet, slik at dei utøver sjukepleie av kvalitet og som gir ei god oppleving for pasientane.</p> |

| Referanse Artikkel nr 6 | Studiens hensikt/mål/prob lemstilling | Nøkkel- begrep/K eywords | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|---|--|--------------------------------|---|---|--|
| <p>Kvåle. K, Bondevik. M (2010)</p> <p>Patients Perceptions of the Importance of Nurses Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care</p> <p><i>Oncology Nursing Forum</i> Vol 37 No 4, s. 436-442</p> <p>http://dx.doi.org/10.1188/10.ONF.436-442</p> | <p>Studien si hensikt er å få innsikt i korleis og kvifor pasientane sine oppfatningar av sjukepleiarane sine kunnskarar om kreft og behandling, har samanheng med deira oppleving av kvalitets i den utøvde sjukepleia.</p> | | <p>Studien har eit kvalitativt design. 20 pasientar (10 kvinner og 10 menn) som var innlagd på eit sjukehus i Norge. Ansvarlege sjukepleiarar valde ut pasientar som passa inklusjonskriteria. Pasientane måtte vere mellom 25 og 80 år, informert av lege om deira kreftdiagnose, vere innlagt for anten kurativ eller palliativ behandling. Datasamlinga vart gjort gjennom intervju. Pasientane gav skriftlig godkjenning til at intervju kunne takast opp på tape. Dei vart lova at intervju skulle verte sletta etter å ha blitt transkribert. Intervju vart transkribert i sitt fulle og analysert i henhold til Giorgis tilnærming til fenomenologi.</p> | <p>Pasientane sa at dei trudde kunnskap om kreft og kreftbehandling var basiskunnskap for sjukepleiarar og at dei tok det for gitt at dei hadde denne kompetansen. Tre tema vart identifisert og forklara kvifor nettopp denne kunnskapen er viktig. 1: det får pasientane til å føle seg trygge og det er med på å førebyggje liding ved å gi god informasjon, 2: det verkar førebyggjande for usikkerheit og utryggheit under strålebehandling, 3: det reduserer side effektane av behandlinga, då pasientane er betre forberedt på symptoma dei kan å få under behandling.</p> | <p>Denne studien fortel om pasientane sine opplevingar kring sjukepleiar sine kunnskarar om kreft. At sjukepleiar er sikker i sin jobb vert av pasientane opplevd som ei tryggheit og kvalitet i sjukepleia. Kunnskapsrike sjukepleiarar veit kva for behandling pasientane treng og korleis dei skal utføre den. Dette har relevans for mi oppgåve.</p> |

| Referanse Artikkel nr 7 | Studiens hensikt/mål/problemstilling | Nøkkelbegrep/Keywords | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>Griffiths. P, Simon. M, Richardson.A & Corner. J (2013)</p> <p>Is a larger specialist nurse workforce in cancer care associated with better patient experience? Cross-sectional study</p> <p><i>Journal of Health Services Reserach & Policy</i> Vol 18 s. 39-46</p> <p>http://dx.doi.org/10.1177/1355819612473451</p> | <p>Spesialsjukepleiarar har ei nøkkelrolle i å levere høg kvalitetssjukepleie. Denne studien tar sikte på å finne ut om eit høgare antal spesialsjukepleiarar i kreftomsorga er assosiert med betre pasientopplevd kvalitet?</p> | <p>Patient experience, specialist nurses, workforce</p> | <p>Dette er ein original artikkel med kvantitativ design. Datasamlinga vart gjort gjennom spørjeskjema som vart sendt ut til sjukehus rundt om kring i England. Spørjeskjema hadde fokus på pasientane sine erfaringar med koordinering av pleia, kvalitet av informasjonsutveksling, emosjonell støtte og symptom støtte. 67,000 pasientar responderte på spørjeskjemaet.</p> | <p>Pasientar som var involvert med ein spesialsjukepleiar som hadde ansvaret for eit lavt antall andre pasientar, rapporterte at sjukepleiarane som behandla og pleia dei, hadde eit godt samarbeid. Dei ytra også å få god emosjonell støtte. Desse pasientane hadde likevel ikkje større sjanse for å få riktig mengde informasjon, viss ein samanlikna med dei pasientane som var involvert i ein spesialsjukepleiar som hadde ansvaret for eit stort antall andre pasientar. Kreftpasientar sine erfaringar av koordinering av pleia og emosjonell støtte, var betre hos dei som var i kontakt med ein spesialsjukepleiar. Dei absolutte forskjellane var små, og det var usikkert om det var assosiert med betre erfaring med sjukepleia.</p> | <p>Denne studien var aktuell å ta med i oppgåva, då den viser gode skilnader mellom det sjukepleiarane trur og det pasientopplevingar og forskning viser. Det er stadig eit press om vidareutdanning på grunn av manglande spesialsjukepleiarar. Denne studien viser at det ikkje i alle tilfelle treng å vere betre pasientopplevd kvalitet i sjukepleia som vert utøvd frå spesialsjukepleiarar, oi forhold til å berre vere ein "vanleg" sjukepleiar.</p> |

| Referanse Artikkel nr 8 | Studiens hensikt/mål/problemstilling | Nøkkel- begrep/ Keywords | Metode | Resultat/funn/diskusjon | Relevans for min oppgave |
|--|--|---|---|---|---|
| <p>Van der Elst. E, Dierckx de Casterle. B, Biets. R, Rchaidia. L & Gastmans. C (2013)</p> <p>Oncology patients perceptions of "the good nurse": a descriptive study in Flanders, Belgium</p> <p><i>Scientific Contribution; Med Health Care and Philos</i> Vol 17 s. 719-729</p> <p>http://dx.doi.org/10.1007/s11019-013-9469-1</p> | <p>Studiens hensikt var å finne ut kva pasientane såg på som "den gode sjukepleiar" og kva eigenskaper desse hadde i møte med kreftpasientane. Temaet har tidlegare vore studert blant sjukepleiarane, men deira synspunkt er ofte ikkje gjensidig hos pasientane. Difor vart denne studien etablert for å finne ut om kreftpasientane sine tankar og meiningar kring "den gode sjukepleiar" og om oppfatningane varierte på bakgrunn av pasientrelaterte- eller kontekstrelaterte faktorar.</p> | <p>Oncology, patients, perceptions, "the good nurse", nursing</p> | <p>Det vart brukt ein tverrsnitt, komparativ, beskrivande studiedesign og oppgåva har eit kvantitativ design.</p> | <p>Pasientane meiner at "den gode sjukepleiar" er respektfull, ærleg, punktleig, har kunnskap om korleis og når ho skal utføre sjukepleie. "Den gode sjukepleiar" støttar også pasientane sin familie og pårørende, og etablerer eit godt forhold mellom pasient og legar. Ho kommunisera godt, gir klar og tydeleg informasjon om pleie, sjukdom og behandling. "Den gode sjukepleiar" involverer pasient og pårørende i planlegging og organisering av sjukepleia, samt at ho sett pasienten sine interesser først. Sjukepleiar har eit breitt spekter av gode kvaliteter, der kompetanse og profesjonalitet er mest verdifulle for pasientane. Alt i alt er "den gode sjukepleiar" personleg involvert i pleia, viser sympati og har gode kommunikasjonsferdigheiter. Studien stiller spørsmål om bildet desse pasientane har skapt av "den gode sjukepleiar", er det realistisk i kvardagen? Skal dette vere eit mål for sjukepleiarar å jobbe mot? Ein tanke er at sjukepleiar kan ha vanskar med å treffe alle desse forventningane, då dei har store press, både tidsmessig og økonomisk i sin arbeidskvardag.</p> | <p>Denne studien gir ei god forståing for pasientane sin oppleving av kva kvaliteter og eigenskaper ein "god sjukepleiar" har. Dette er av relevans for mi oppgåve då eg ynskter å finne ut om sjukepleiarar sine personlege verdiar har å seie for pasientopplevinga av god kvalitet i sjukepleia.</p> |