



## **BACHELOROPPGAVE:**

**Hvilke ikke-medikamentelle sykepleietiltak er aktuelle ved dyspné hos lungekreftpasienter?**

**Forfattere:** Live Bleken Kulstad, May Kristin Haug og Monica Løvseth Myrvang

Høgskolen i Gjøvik  
Avdeling helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon for sykepleie

12HBSPLH

**Dato:** 11.05.2015

## SAMMENDRAG

Tittel:	Ikke-medikamentelle tiltak ved dyspné hos lungekreftpasienter	Dato: 11.05.2015
Deltaker(e)/	Live Bleken Kulstad, May Kristin Øvergaard Haug og Monica Løvseth Myrvang.	
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Lungekreft, dyspné og ikke-medikamentelle tiltak.	
Antall sider/ord: 46/12096	Antall vedlegg: 1	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): Ja
<p><b>Introduksjon:</b> Lungekreft er en av de vanligste kreftformer. Lungekreft er den krefttypen som krever mest menneskeliv, og har svært dårlig prognose. I 2013 døde 2162 mennesker av lungekreft i Norge. Studier viser at dyspné er et av hovedsymptomene hos pasienter med lungekreft.</p> <p><b>Hensikt:</b> Finne hvilke ikke-medikamentelle tiltak som er aktuelle hos lungekreftframmede pasienter med dyspné når medikamentelle tiltak ikke er tilstrekkelig.</p> <p><b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie. Den bruker både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Aktuelle søkeord brukt er: “lung cancer, dyspnea, intervention, palliative care, lung neoplasms, treatment, quality of life”.</p> <p><b>Resultat:</b> Funn i artiklene viser at dyspné har effekt på fysiske og psykiske faktorer, og kan gi redusert livskvalitet, angst, depresjon, sosial isolasjon og begresninger i hverdagen. Det blir også vist at ulike ikke-medikamentelle tiltak var nyttige.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Medikamentell behandling av dyspné er ikke nok alene. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om ikke-medikamentelle tiltak. Forskning viser at sammensatte tiltak som: pusteteknikker, mestringsstrategier, psykososial støtte, informasjon og veiledning, og andre tiltak har vært nyttige for lungekreftpasienter med dyspné.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Non-pharmacological interventions for patients with lung cancer suffering with dyspnea.	Date: 11.05.2015
Participants/	Live Bleken Kulstad, May Kristin Øvergaard Haug og Monica Løvseth Myrvang.	
Supervisor(s)	Siri Gunn Simonsen	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	Lung cancer, dyspnea and non-pharmacological intervention	
Number of pages/words: 46/12096	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential): Yes
<p><b>Introduction:</b> Lung cancer is one of the most common cancer types. Lung cancer is a very aggressive and severe type of cancer, often with a limited rate of survival. In 2013, there were 2,162 cases of mortality due to lung cancer in Norway. Studies have shown that dyspnea is one of the main symptoms in patients with lung cancer.</p> <p><b>Purpose:</b> To find out which non-pharmacological interventions that are effective for patients with lung cancer, when pharmacological interventions are not sufficient.</p> <p><b>Method:</b> This literature review considers evidence from both quantitative and qualitative research articles. Examples of key words used to find articles were: “lung cancer, dyspnea, intervention, palliative care, lung neoplasms, treatment, quality of life”.</p> <p><b>Results:</b> Dyspnea has been shown to have a negative effect on both physical and psychological factors, such as: quality of life, anxiety, depression, social isolation, and limitations in everyday life. Studies show that different non-pharmacological interventions are useful.</p> <p><b>Conclusion:</b> Pharmacological treatment alone is not enough in the management of dyspnea. Therefore it is important that nurses have knowledge about non-pharmacological interventions. Research shows that interventions such as: breathing techniques, coping strategies, psychosocial support, information and guidance, and other measures, have been effective for lung cancer patients with dyspnea.</p>		

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>5</b>
<b>1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA</b>	<b>5</b>
<b>1.2 HENSIKT</b>	<b>5</b>
<b>1.3 PROBLEMSTILLING</b>	<b>6</b>
<b>1.4 TEMAETS RELASJON TIL STUDIETS FORSKNINGSOMRÅDER</b>	<b>6</b>
<b>1.5 TEORETISK PERSPEKTIV</b>	<b>7</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b>	<b>8</b>
<b>2.1 LUNGEKREFT</b>	<b>8</b>
<b>2.2 DYSPNÉ</b>	<b>9</b>
<b>2.3 PALLIASJON</b>	<b>10</b>
<b>2.4 MESTRING</b>	<b>11</b>
<b>2.5 PSYKOSOSIAL STØTTE</b>	<b>12</b>
<b>2.6 INFORMASJON OG VEILEDNING</b>	<b>13</b>
<b>2.7 LIVSKVALITET</b>	<b>13</b>
<b>2.8 SMERTE</b>	<b>14</b>
<b>2.9 ANGST</b>	<b>15</b>
<b>3.0 METODE</b>	<b>17</b>
<b>3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE</b>	<b>17</b>
<b>3.2 FORDELER OG ULEMPER VED LITTERATURSTUDIE</b>	<b>17</b>
<b>3.3 METODE FOR INNHENTING AV LITTERATUR</b>	<b>17</b>
<b>4.0 RESULTAT</b>	<b>20</b>
<b>4.1 ANALYSETABELL</b>	<b>20</b>
<b>4.2 SAMMENDRAG AV ARTIKLENE</b>	<b>22</b>
<b>4.3 KILDEKRITIKK</b>	<b>25</b>
<b>5.0 DRØFTING</b>	<b>29</b>
<b>5.1 KARTLEGGING OG OBSERVASJONER</b>	<b>29</b>
<b>5.2 IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK</b>	<b>30</b>
5.2.1 PUSTE OG AVSLAPPINGSTEKNIKKER	30
5.2.2 MESTRINGSSTRATEGIER	33
5.2.3 PSYKOSOSIAL STØTTE	35
5.2.4 INFORMASJON OG VEILEDNING	37
5.2.5 ANDRE AKTUELLE TILTAK	39
<b>5.3 KRITISK VURDERING AV LITTERATUR, TEORI OG METODISKE OVERVEIELSER</b>	<b>40</b>
<b>6.0 KONKLUSJON</b>	<b>41</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b>	<b>42</b>
<b>VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA</b>	<b>46</b>

**Antall ord: 12096**

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Bacheloroppgavens tema er lungekreft og dyspné. Lungekreft er en av de vanligste kreftformer en kan møte på som sykepleier. Det forekommer årlig rundt 2900 nye tilfeller av lungekreft i Norge. I 2013 fikk 1555 menn og 1301 kvinner diagnosen. Dette utgjør omtrent 10 % av alle krefttilfellene i Norge. Det vil si at hver tiende person som utredes for kreft, får diagnosen lungekreft. Dette er den kreftformen som rammer flest i Norge nest etter prostatakreft og brystkreft, og den tar flest liv. I 2013 døde 2162 mennesker i Norge av lungekreft. Årsaken til at så mange liv går tapt er at sykdommen ofte blir oppdaget så sent at palliativ behandling er det eneste tilbudet som finnes (Kreftregisteret 2015). Derfor er det viktig å ha kunnskap om sykdommen, symptomer og tiltak for å lindre symptomene.

Det finnes både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for å lindre dyspné hos pasienter med lungekreft. Oppgaven har fokus på ikke-medikamentelle tiltak. Noen av forskningsartiklene oppgaven bygger på, handler om bruk av medikamenter ved dyspné. Det kommer blant annet frem at opioider og andre medikamenter ikke alltid har effekt, og at det i tillegg kan være nødvendig med ikke-medikamentelle tiltak for å håndtere dyspné. Forskning viser at sykepleier sjelden tar i bruk ikke-medikamentelle tiltak, og ikke har nok kunnskap om disse tiltakene. På bakgrunn av dette vil oppgaven ta for seg ikke-medikamentelle tiltak som sykepleier kan ha nytte av når det kommer til dyspné.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke tiltak som er aktuelle hos lungekreftrammede pasienter med dyspné når medikamentell behandling ikke er tilstrekkelig.

For å begrense oppgaven er dyspné hovedfokus. Dette knyttes opp mot ikke-medikamentelle sykepleietiltak.

På bakgrunn av forskning og erfaring fra praksis viser det seg at sykepleier ofte tyr til medikamentell behandling. Dette på grunn av at de har lite kunnskap om, og innsikt i ikke-medikamentelle tiltak. Siden medikamentell behandling ikke er nok alene, så vil oppgaven finne svar på hvilke ikke-medikamentelle tiltak som sykepleier kan ta i bruk.

### **1.3 Problemstilling**

“Hvilke ikke-medikamentelle sykepleietiltak er aktuelle ved dyspné hos lungekreftpasienter?”.

### **1.4 Temaets relasjon til studiets forskningsområder**

Ved Høgskolen i Gjøvik er det fastsatt tre forskningsområder innen klinisk sykepleie. Disse er: utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik [HiG] (2014).

Innenfor disse tre forskningsområdene er ”helse i dagliglivet” mest relevant i forhold til oppgaven. Helse i dagliglivet inneholder to fokusområder: “Kritiske livshendelser” og “Å leve med helsesvikt”. Begge disse områdene handler om utvikling av kunnskap og forståelse for mennesker i ulike livssituasjoner. Kritiske livshendelser går ut på fenomener knyttet til ulike hendelser som rammer mennesker i løpet av livet. Å leve med helsesvikt handler om hva helsesvikt innebærer og hvordan helse og velvære kan oppnås. Grunnlaget for områdene er sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon (HiG 2014).

Siden lungekreft er en kritisk livshendelse så er “helse i dagliglivet” et sentralt forskningsområde i forhold til oppgavens tema. Sykepleier har en sentral rolle ved helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsefremmende og forebyggende arbeid blir i dette tilfellet å unngå ytterligere forverring av dyspné, sette igang tiltak for å lindre symptomer og sørge for best mulig livskvalitet.

## 1.5 Teoretisk perspektiv

Teoretisk perspektiv i oppgaven som blir beskrevet og drøftet bygger på Kari Martinsens omsorgsteori. Teorien vil i hovedsak bli drøftet ut ifra noen punkter som Martinsen anser som vesentlig ved omsorg, slik som: sanselig nærhet, evne til å sette seg inn i den andres situasjon, og forstå pasientens situasjon og styrke pasientens livsmot. Forskning viser at opplevelsen av dyspné hos lungekreftpasienter er sammensatt av både fysiske og psykiske faktorer. Siden dyspné også har innvirkning på psykisk helse som gir utslag i angst, depresjon og redusert livskvalitet, er det viktig å drøfte sykepleiers evne til omsorg og støtte, og effekten dette gir for pasientens helse.

Teorien legger vekt på omsorg og solidaritet med den svake, svært syke og pleietrengende pasient, og sykepleiers ansvar. Martinsen framhever “En ideologi som legger hovedvekten på egenomsorg, er ikke forenlig med sykepleiens omsorgstradisjoner” (Kristoffersen 2011, s. 248). Hun tar avstand fra formålsrasjonalitet som går ut på at pasienter skal gjenvinne funksjon og selvstendighet, og at dette skal gi et grunnlag for sykepleien. Isteden har hun et kollektivistisk menneskesyn med fokus på relasjoner og felleskap, og at mennesker er avhengige av hverandre. Teorien er relevant for tema og problemstilling da pasienter med lungekreft har dårlig prognose. Dette vil ofte medføre at de på et tidspunkt i sykdomsforløpet ikke er i stand til å ta vare på seg selv, og vil være avhengig av sykepleie. Martinsens mål for sykepleie er å gjøre det så godt som mulig for pasienten i den situasjonen han befinner seg i. Konkret innebærer dette: å unngå forverring, opprettholde et visst funksjonsnivå og styrke pasientens livsmot. Det er viktig at pasienter med lungekreft blir møtt på en omsorgsfull måte, for å oppnå tillit og en god relasjon med sykepleier (Kristoffersen 2011).

## 2.0 BAKGRUNN

### 2.1 Lungekreft

Lungekreft er den kreftsykdommen som krever flest menneskeliv på verdensbasis, og regnes blant de hyppigste kreftformene. Hovedårsaken til lungekreft er røyking, hvor 85-90 % har vært eller er dagligrøykere. Det er også tilfeller hvor personer har pådratt seg lungekreft ved eksponering av asbest, radon og andre miljøgifter, men dette er sjelden i Norge. Vanlige symptomer ved lungekreft er blodig oppspytt (hemoptyse), hoste, kortpustethet, gjentakende luftveisinfeksjoner og bryst- og skulderbladsmerter. Mer generelle symptomer som nedsatt appetitt, vekttap og slapphet er også vanlig. Dersom svulsten fører til obstruksjon av bronkiene, kan dyspné, pipende respirasjon og atelektase forekomme. Hvis den derimot affiserer pleura, vil pasienten ofte bli tungpustet på grunn av væske i pleurahulen. Andre symptomer kan være heshet på grunn av affeksjon av stemmebåndsnerven (nervus recurrens) og svelgevansker (dysfagi) på grunn av trykk på spiserøret (øsofagus). Beliggenheten til svulsten har mye å si for hva slags symptomer man får. De kan være svært varierende. Lungekreft inndeles i to hovedtyper, småcellet og ikke-småcellet lungekarsinom. Karsinom er en kreftsvulst som oppstår i epitelceller. Videre deles disse inn i flere undergrupper (Jacobsen mfl. 2012, Kreftforeningen 2015).

Småcellet lungekarsinom er den mest aggressive av de to typene. Kreftsvulsten rekker ofte å vokse seg så stor at operasjon ikke er mulig, da den har små celler som deler seg raskt. Basert på størrelse og spredning til andre organer, deles svulsten inn i begrenset eller utbredt sykdom (Kreftforeningen 2015).

Ikke-småcellet lungekarsinom er den hyppigste formen for lungekreft. Den deles inn i tre undergrupper: plateepitelkarsinom, adenokarsinom og storcellet karsinom. Plateepitelkarsinom begynner oftest i bronkiene, der den kan ligge i ro over lengre tid uten å spre seg. Adenokarsinom oppstår fra kjertellev. Den utvikler seg oftest i de ytterste kantene av lungene og under hinner som dekker bronkiene. Den sprer seg tidlig utenfor lungene. Storcellet karsinom opptrer på ulike steder i lungene og utgjør bare 2 % av alle krefttilfellene. Undergruppene deles inn ut ifra størrelse og spredning



til andre organer. De er ikke lette å skille fra hverandre (NHI 2013, Kreftforeningen 2015).

Dersom disse lungekrefttypene ikke blir behandlet, er det svært sannsynlig at de sprer seg til andre organer. De vokser inn i blod- og lymfekar og sprer seg videre gjennom disse systemene. Lungekreft sprer seg vanligvis til flere deler av lungene, lymfeknuter, binyrer, hjernen, skjelettet og lever (Kreftforeningen 2015).

## **2.2 Dyspné**

Dyspné (tungpust) blir definert som anstrengt respirasjon, og er en ubehagelig opplevelse av å ikke få pustet nok. Dette fordi man ikke får nok luft inn og ut av lungene, eller at lungene ikke får nok oksygen. Følelsen av å være tungpustet oppstår når man bevisst må bidra til pustearbeidet ved hjelp av viljestyrt muskelaktivitet.

Dyspnéanfall kan oppleves som svært skremmende, og det kan være vanskelig å roe ned pasienten og unngå at han får panikk. Dyspné har en negativ effekt på pasientens livskvalitet, og mange pasienter med lungekreft sliter psykisk. I en slik situasjon vil en ofte være sårbar fordi en ikke har kontroll over tilstanden, og dette kan gi utslag i form av frustrasjon og sinne. Opplevelsen av å ikke få tilstrekkelig med luft kan føre til angst og stress. Angst forverrer dyspneen, og pasienten kommer dermed lett inn i en "ond sirkel" (Almås mfl. 2011).

Dyspné er et kjent problem blant pasienter med lungekreft. Dyspné er stort sett hovedsymptomet hos lungekreftpasienter sammen med hoste, og er oftest det symptomet som skaper mest engstelse i livets slutfase. 70 % blant nydiagnostiserte pasienter med lungekreft har pustebesvær, og 90 % plages med dette i terminal fase (Fürst og Starlander 2007). Dyspné er en subjektiv opplevelse, og hvordan tungpust oppleves vil variere fra pasient til pasient. De individuelle forskjellene er noe sykepleiere må ta hensyn til når de skal kartlegge og iverksette relevante tiltak (NSF 2012).

Dyspné deles inn i ulike typer. Hvordan man oppfatter ulike grader av dyspné varierer. Når man observerer respirasjonen er det derfor viktig å konkretisere hva man legger i tungpust. Hvis sykepleier observerer at pasienten har lett eller stor grad av

dyspné må hun også forklare hva det innebærer. For eksempel at pasienten ved lett dyspné er upåvirket i hvile, men blir tungpustet ved å gå i trapper. Ved alvorlig grad av dyspné er pasienten konstant svært tungpustet med hvesende og angstrengt ekspirasjon. Ved langtkommen lungekreft har man ofte den mest alvorlige graden av dyspné (Skaug 2011).

Identifisering og behandling av symptomene så tidlig som mulig er vesentlig for å redusere pustebesværets påvirkning på lungenes funksjon og pasientens livskvalitet. Ved kartlegging av pasientens dyspnéplager kan det være nyttig å bruke ESAS-skjema hvor pasienten graderer plagene fra 0-10, hvor 10 indikerer verst tenkelig plager. Det er også viktig å kartlegge hvilken effekt dyspné har på hverdagen, og hvilke begrensninger det skaper. Da får man en oversikt over hva slags tilrettelegging og pleie pasienten trenger (NSF 2012).

### **2.3 Palliasjon**

På bakgrunn av at lungekreft er en kreftform med svært dårlig prognose, vil pasienten på et tidspunkt i sykdomsforløpet ha behov for palliativ pleie. Derfor vil oppgaven ta for seg dette temaet.

Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på palliasjon:

*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (Helsedirektoratet 2015, under overskriften "Hva er lindrende behandling?").*

Når et menneske trenger palliativ behandling har personen som regel en ikke-kurerbar kreftsykdom, og en kort forventet levetid. Dette kan for eksempel være pasienter med lungekreft. Noen pasienter kan ha behov for palliativ pleie fra starten av sykdomsforløpet, mens andre trenger palliativ pleie senere i forløpet. Dette varierer ut

fra hvilken type kreftform, spredning og hvordan sykdommen reagerer på behandling (Loge, Bjordal og Paulsen 2006).

Optimal palliativ behandling oppnås best ved å planlegge og igangsette nødvendige tiltak på rett tidspunkt i et sykdomsforløp. Periodene hvor behandlingsintensjonen skifter fra kurativ til livsforlengende eller fra livsforlengende til palliativ pleie, er krevende for alle parter. Kurativ behandling har som formål å helbrede pasienten for den aktuelle lidelsen. Livsforlengende behandling har som formål å forlenge livet til pasienter (Kaasa 2007). Lungekreftframmede pasienter har som regel ikke behov for kurativ behandling, da denne sykdommen sjelden blir helbredet. Palliativ - og livsforlengende behandling er mer sentralt når det gjelder lungekreftpasienter.

Palliativ medisin innebærer at helsepersonell tar seg god tid med pasienten. Gode ferdigheter i kommunikasjon og systematikk i behandlingen er sentralt. Symptomer må vurderes jevnlig for at pasienten skal få god smertelindring. Det legges vekt på at pasientens livskvalitet skal være så god som mulig i den situasjonen han befinner seg i (Loge, Bjordal og Paulsen 2006).

## **2.4 Mestring**

Mestring er evne til å håndtere belastende situasjoner som innebærer store psykiske og fysiske påkjenninger. Mestring er et viktig tema i denne oppgaven, da det er vesentlig at pasienter med lungekreft og dyspné opplever mestringfølelse. Som sykepleier må man samle inn data og gjøre en kognitiv vurdering for å kunne fremme mestring hos en pasient. Kognitiv vurdering er viktig for å kartlegge pasientens innsikt, oppfatning og reaksjon på sin situasjon. Hvordan man mestrer og takler det å ha lungekreft vil variere. Noen er sterke, og takler stress og motgang bra, mens andre vil være mer sårbare og ha svakere evne til å mestre. Når datainnsamlingen er utført og en har vurdert pasienten, har sykepleier mulighet til å iverksette tiltak som fremmer mestring (Kristoffersen 2011).

Ved sykdom og funksjonstap kan sykepleieren ha en viktig rolle ved å hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon. Å få lungekreft vil innebære store forandringer i livet, og i en slik situasjon må pasienten ofte legge om sin levemåte. Store

forandringer vil skape usikkerhet, og pasienten vil oppleve psykiske og fysiske påkjenninger som følge av lungekreften. Dette kan virke negativt inn på mestringsfølelsen, og gi en følelse av ikke å ha kontroll over eget liv eller situasjon. Det er viktig at sykepleier hjelper pasienten til å klargjøre hva han tenker, og hvilke verdier som han ønsker å ha fokus på videre i fremtiden. Sykepleier må også være villig og forberedt til å ta imot pasientens frustrasjon over den situasjon som har rammet ham (Kristoffersen 2011).

At pasienten opplever en viss grad av selvstendighet og autonomi, har mye å si for mestringsopplevelsen. Autonomi innebærer at pasienten blir hørt, slik at han selv kan være med å bestemme og ivareta sine interesser. Sykepleier har en viktig rolle for å ivareta pasientens autonomi, og sørge for å legge til rette for at han skal ha en aktiv rolle. Pasientens mulighet til å oppnå autonomi og selvstendighet avhenger av sykdomsgrad og evne til å ta aktiv del i behandling (Kristoffersen 2011).

## **2.5 Psykososial støtte**

Psykososial støtte kan fremme pasientens opplevelse av å bli forstått, bekreftet, motta omsorg og føle seg trygg. Gjennom psykososial støtte vil pasienten ofte oppleve mestring. Utførelse av psykososial støtte krever på forhånd en individuell tilnærming og vurdering av pasienten. Pasienter i flere av artiklene hevder at det var ulike faktorer som var viktige i forhold til psykososial støtte, blant annet: tid, invitasjon til samtale, engasjement og medmenneskelighet. Et ønske blant pasientene som sjelden ble innfridd, var at noen tok initiativ overfor dem og inviterte dem til samtale der de kunne uttrykke det de var opptatte av (Kristoffersen 2011).

Som nevnt tidligere, er røyking hovedårsaken til lungekreft. På grunn av dette kan mange pasienter føle skam, skyldfølelse og sinne. Selv om pasienten får støtte fra familie, andre nære og hjelpeapparatet når han blir syk, kan årsakssammenhengen for mange likevel være sterk nok til at disse følelsene er uunngåelige. Den vanskelige livssituasjonen sammen med den fysiske belastningen av lungekreft, kan føre til at pasienten kommer inn i et destruktivt mønster med negative følelser som forsterker hverandre. Negative følelser og dyspné kan føre til tap av energi som påvirker

pasienten i dagliglivet. Dette kan utarte seg til at pasienten får et dårlig selvbilde ved at han ikke lenger mestrer det han før klarte, og føre til sosial isolasjon (Skaug 2011). Sykepleiers rolle er i en slik situasjon svært viktig. Sykepleier kan igjennom psykososial støtte hjelpe pasienten til å håndtere følelser som skam, skyld og sinne.

## **2.6 Informasjon og veiledning**

Lov om pasientrettigheter sier at pasienten har rett til den informasjon han trenger for å få innsikt i sin helsetilstand. Sykepleier må sørge for at informasjonen er forståelig og tilpasset pasientens forkunnskaper. For å sørge for at informasjonen er forstått kan sykepleier stille pasienten spørsmål som bekrefter dette. Det er også viktig å ta hensyn til passende tidspunkt for informasjon og veiledning. Pasienter med dyspné har behov for informasjon om årsak, og om ulike tiltak som kan lindre pustebesværet.

Informasjon og veiledning gjør at pasienten har bedre kontroll. Gjennom kunnskap og innsikt i egen sykdom lærer de å kjenne igjen symptomer, og er forberedt på hvordan man skal håndtere et eventuelt dyspnéanfall. Dette bidrar til å dempe angsten og bedre mestringsfølelsen. Som nevnt tidligere vil dyspné hos lungekreftpasienter være en stressende situasjon som oppleves svært skremmende og ubehagelig. Stress og utmattelse vil ofte medføre redusert hukommelse, og svekket evne til å ta til seg informasjon. Sykepleier må derfor gjenta informasjonen ofte. Pårørende er også en god ressurs for å huske informasjon, og gjenta spørsmål når pasienten selv ikke har evne til det. Informasjon og veiledning i ulike strategier og teknikker kan bidra til å mestre angsten for tungpust (Stubberud 2011).

## **2.7 Livskvalitet**

Oppfatningen av god livskvalitet kan være ulik fra person til person. Forhold som spiller inn i denne sammenheng er kulturelle, sosiale og miljømessige faktorer, samt følelsesmessige og positive vurderinger av eget liv. Livskvalitet kan forstås som det gode ved livet (Kristoffersen 2011).

Livskvaliteten hos lungekreftrammede pasienter kan være god til tross for sykdommen. Situasjonen de er i kan føre til at de setter livet høyt og får sterkere tilknytning til andre. Endret perspektiv og nyorientering kan også føre til en annen verdsettelse av livet, da oppfatningen av hva som er viktig og gir mening endres.

Livskvaliteten til den rammede vurderes best av den rammede selv, som kjenner hvordan sykdommen påvirker helsen. Helsepersonell og pårørende kan ha en annen oppfatning av hva god livskvalitet (Lorentsen og Grov 2011). Artikkelen som er utgangspunkt for oppgaven, viser at mange med lungekreft har nedsatt livskvalitet på grunn av sykdommen og ulike aspekter rundt. De kan føle at de er en byrde for sine nærmeste, slite med angst og depresjon som følge av kreften, og ha et dårlig sosialt nettverk. Symptomene på lungekreft som for eksempel dyspné, fatigue og hoste kan også ha en negativ innvirkning på livskvaliteten til lungekreftrammede.

Kartlegging av livskvaliteten til pasienter med kreft kan gjøres ut ifra ulike komponenter. Global livskvalitet forstås som en generell tilfredshet med livet, der for eksempel økonomi, boligforhold, utdanning eller arbeid, fritidsaktiviteter og sosialt miljø spiller inn. Helserelatert livskvalitet innebærer fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle faktorer. Dette inkluderer blant annet: utholdenhet, styrke, fysiske symptomer, fatigue, angst, depresjon og nettverk med familie og venner. Spesifikk livskvalitet er en spesifisering av den helserelaterte livskvaliteten og kan knyttes til bestemte problemområder som for eksempel dyspné eller smerte. Det er viktig å kartlegge dette hos pasienter med lungekreft da sykdommen negativt påvirker livet og kan gi redusert livskvalitet (Lorentsen og Grov 2011).

## **2.8 Smerte**

Helsedirektoratet (2015) definerer smerte “som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”. Smerte er alltid subjektiv. Smerte trenger ikke å være en vevsskade, men kan ha flere årsaker. Smerte er sammensatt av flere fenomener, både fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige forhold. Ved alvorlig kreftsykdom som for eksempel lungekreft er det ofte fysisk vevsskade som utgjør hovedelementet i smerteopplevelsen.

Lidelse og smerte er i stor grad assosiert med hverandre. Lidelser er på mange måter synonymt med smerte. Men det er likevel viktig å skille mellom disse to da pasienten kan lide i en situasjon, uten å ha fysisk smerte. Og på den andre siden vil ikke et menneske med fysiske smerter alltid uttrykke lidelse. Om årsaken til smertene er kjent og vet at de er forbigående, vil de ofte oppleves mindre truende og pasienten kan få en

følelse av kontroll. Der smerten er ukjent eller kronisk som hos lungekreftpasienter med dyspné, vil en ofte ha en følelse av tapt kontroll. I en slik situasjon vil pasienten ofte uttrykke at de lider mye og oppleve at smertene kontrollerer livene deres. Mange vil derfor ved smerter oppleve redusert livskvalitet, depresjon, angst, håpløshet og negativt selvbilde (Bastøe 2011).

Klinisk så snakker en ofte om kronisk og akutt smerte. Kronisk smerte er smerte av samme type som har vedvart i mer enn tre måneder. Lungekreftpasienter har kronisk smerte og de kan ha alle typer smerte som nevnt over samtidig. Det er ofte nødvendig med ulik tilnærming til de ulike smertetyper, og det finnes en viss type behandling for alle de ulike smertene (Helsedirektoratet 2015). Smerter ved lungekreft og dyspné er svært vanlig. Ved smerte er medikamentell behandling ofte mest effektiv. Ikke-medikamentelle tiltak kan ved smerte brukes i påvente av medikamenter, for å forebygge angst og usikkerhet hos pasienten, og dersom pasienten ikke har effekt av medikamenter.

## **2.9 Angst**

Angst blir betegnet som en uspesifikk form for frykt. Ved angst varsles det om en psykisk fare. Symptomene på angst er flere, og er forskjellige fra en angsttype til en annen. Men de vanligste symptomene er: vedvarende nervøsitet, skjelving, hjertebank, muskelspenninger, svetting, ørhet, svimmelhet og ubehag i mageregionen. Det finnes ulike hovedgrupper for angst. Generalisert angstlidelse er den vanligste formen for angst. Denne formen begrenser seg ikke til bestemte situasjoner eller omstendigheter, men er mer frittflytende (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010).

Det er naturlig å bli redd når man ikke får puste. Angsten som utløses ved dyspnéanfall forsterker ofte opplevelsen av å ikke få puste. Opplevelsen av angst avhenger av hvilken grad av dyspné en har. Redselen for å oppleve dyspnéanfall eller forverring av tilstanden, bidrar til stress og angst i livssituasjonen hos den lungekreftrammede pasienten med dyspné. Ved et dyspnéanfall vil pasienten ofte få panikkangst.

Som sykepleier har man et ansvar for å redusere pasientens opplevelse av angst og utrygghet. Det er viktig at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap og erfaringer når det kommer til akutt dyspné. Ved at man har dette, vil sykepleieren opptre rolig, omsorgsfullt og effektivt på samme tid. Dette bidrar til trygghet og tillit hos pasienten. Ved akutt dyspné går den psykiske støttende funksjonen hånd i hånd med medikamentell behandling. Det er viktig at sykepleier alltid er tilstede og viser pasienten omsorg (Skaug 2011).

Ved dyspné så kan pasienten få en opplevelse av klaustrofobi som igjen fører til angst. Utstyr som brukes ved dyspné kan for mange virke skremmende og ubehagelig. Særlig maskebehandling kan gi en klaustrofobisk følelse. Det er derfor viktig at sykepleieren fremmer mestring og trygghet hos pasienten ved å la pasienten bli kjent med utstyret og prosedyrene ved tungpust, slik at pasienten er forberedt (Stubberud 2011).

Som nevnt tidligere er det viktig med informasjon og veiledning for å redusere angst. Informasjon og veiledning kan bidra til at pasienten er mer forberedt ved et dyspnéanfall og vet bedre hvordan han skal håndtere situasjonen. Ingen pasienter er mottakelige for informasjon under selv dyspnéanfallet. Informasjonen bør gis før et anfall, slik pasienten er forberedt. Det kan også gis informasjon i ettertid av et anfall, men ikke før pasienten har fått tilbake pusten, roen og virker mottakelig for informasjon.



## **3.0 METODE**

Her presenteres litteratur som metode, fordeler og ulemper ved litteraturstudie, forskjellen på kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode, metode for innhenting av litteratur og til slutt kildekritikk.

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Ifølge Dalland (2014) er litteraturstudie å skrive en oppgave basert på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. Metode er redskapet man velger å bruke for å svare på problemstillingen. I en litteraturstudie samler man inn relevant litteratur, vurderer den kritisk og hvor vidt den svarer på problemstillingen. Det er viktig å finne litteratur som belyser de viktigste begrepene i problemstillingen.

### **3.2 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie**

Hensikten med et litteraturstudie er å oppsummere ulik litteratur for å finne svar på et tema eller problemstilling. Ulike forskningstudier kan være motstridende med forskjellige resultater, og det er derfor nødvendig med et litteraturstudie for å få en oversikt. Litteraturstudie er da en fordel da man kan sammenligne ulik forskning, og få ny innsikt i temaet eller problemstilling (Aveyard 2014).

En ulempe ved litteraturstudie kan være at det er begrenset tilgang på forskning innen temaet man velger, og at det kan forekomme ulike resultater innen samme forskningsområde. I et litteraturstudie må man også stole på forskerens tolkning av resultater, og det kan være forskjellig hva man legger i det (Aveyard 2014). Noen av artiklene i oppgaven er finansiert. Dette kan være en etisk utfordring fordi forskerene og deltakere kan motiveres av penger, og resultater kan påvirkes ut i fra det. Deltakere kan påvirkes fordi kompensasjonen er for fristende. At det er betalt og ofte forventes visse resultat kan føre til misvisende informasjon (Forskning 2009).

### **3.3 Metode for innhenting av litteratur**

Søkeordene som er brukt i oppgaven henger sammen med problemstillingen og er stikkord for temaet. Databasene: Cinahl Complete, Ovid nursing og Proquest er brukt for å søke etter vitenskapelige artikler. Disse databasene er sykepleierelaterte, og

andre yrkesgrupper inngår i liten grad blant treffene. Søkemetoden er fremstilt i en egen tabell. Søkord som blant annet ble benyttet er: Lung cancer, palliative care, dyspnea, intervention, lung neoplasms, quality of life og treatment.

For å systematisere, forenkle og finne relevante forskningsartikler, er det laget inklusjon - og eksklusjonskriterier.

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Voksne med lungekreft.	Barn og unge med lungekreft.
Tidsskrift som er fagfelleverdert til nivå 1 eller 2	Artikler som tar utgangspunkt i en type lungekreft.
Artikler basert på dyspné og lungekreft.	Artikler basert på kurativ behandling.
Artikler skrevet på engelsk, norsk eller svensk.	Artikler som er sekundærlitteratur.
Artikler som følger IMRAD - strukturen	Artikler med hovedfokus på medikamentelle tiltak.
Ikke eldre artikler enn 8 år, med unntak av artikler som er relevante.	
Artikler som er primærlitteratur.	
Ikke-medikamentelle tiltak.	

For å avgrense søket ble søkeordene kombinert med “AND” i de ulike databasene. Videre ble søket begrenset ved å kun velge artikler som inneholdt IMRAD-struktur og som var fagfelleverdert. Fagfellevurdering er en metode for å kvalitetsikre forskningen. Forskningmaterialet blir kritisk vurdert av minimum to forskere med høy kompetanse. At en artikkel er fagfelleverdert indikerer at det er kvalitetsikret og nøye vurdert forskning. Noen av artiklene i oppgaven inneholder eldre forskning, men kan likevel være relevant da opplevelsen av å ikke få puste trolig er den samme nå som tidligere. Det at artiklene er fra ulike årstall vil også åpne for sammenlikning av tiltak for å se om noe er utviklet eller forandret, og om det har kommet bedre behandlingsmetoder for å lindre dyspné. På internett kan man finne mye relevant

litteratur. I følge Dalland (2012) utgjør internett en arena med stadig økende informasjonsmengde. En må være ekstra kritisk til å benytte dette som kilde, da mye av informasjonen kan være upålitelig, misvisende og mangle kvalitetssikring. I oppgaven er det hovedsaklig internettkilder fra sider som: Kreftforeningen, Kreftregisteret, Helsedirektoratet og Norsk Helseinformatikk (NHI).

<b>Søkeord</b>	<b>Database</b>	<b>Kombinasjoner Begrensing</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakt</b>	<b>Valgte artikler</b>
1. Lung neoplasms 2. Dyspnea 3. Palliative care	Ovid nursing	1, 2 AND 3  2007-2015	18	4	2  (Artikkel 1 og 2)
1. Lung cancer 2. Palliative care 3. Intervention	Cinahl- complete	1, 2 AND 3  2007-2015	36	3	1  (Artikkel 3)
1. Lung cancer 2. Breathlessness 3. Intervention 4. Nonpharmacological	Proquest	1, 2, 3 AND 4  2002-2015  Medical library, Full text	69	4	1  (Artikkel 4)
1. Lung cancer 2. Breathlessness 3. Nursing interventions	Cinahl- complete	1,2 AND 3	6	3	1  (Artikkel 5)
1. Lung cancer 2. Dyspnea 3. Anxiety	Cinahl- complete	1, 2 AND 3  2002-2015	35	5	1  (Artikkel 6)

## 4.0 RESULTAT

I denne delen vil de utvalgte artiklene beskrives. Dette innebærer å trekke ut relevant stoff i forhold til tema og problemstilling. For å få en god systematisk oversikt over artiklenes innhold presenteres artiklene i et analyseskjema.

### 4.1 Analysetabell

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/Diskusjon
Henoch, I. mfl (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. I: European journal of Oncology Nursing, 12, s. 86-96	Målet med studiet var å kartlegge pasientens opplevelse av dyspné, og hvilken effekt det har på andre symptomer og livskvalitet.	Kvantitativ studie.  105 deltakere.  Deltakerne fylte ut spørreskjemaer om: opplevelsen av dyspné, grad av andre symptomer, og bruk av mestringsstrategier.	Resultater viser at graden av dyspné varierer og er relatert til mestringssevne, angst og fatigue. Opplevelsen av dyspné er subjektiv, og er ulik fra person til person. 50 % av deltakerne rapporterte dyspné, 56 % opplevde ubehag ved dyspné. Dyspné økte ved aktivitet, 72 % fikk det ved gange, og 79 % ved gåing i trapper. Pasientene oppga at dette ga begrensinger, minsket aktivitetsnivå og større avhengighet av andre mennesker.
Yai, Y.L. mfl. (2007) Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer. I: Cancer Nursing, 30 (2) s. 1-8.	Målet med studien var å beskrive opplevelsen av dyspné og nyttige tiltak hos kinesiske pasienter med avansert lungekreft i en palliativ fase.	Kvalitativ metode.  11 deltakere.  Deltakerne skulle vurdere deres intensitet av dyspné ved å bruke Visuell analog skala (VAS)	Opplevelsen av dyspné ble beskrevet som smertefull. Tiltak som ble beskrevet var å unngå triggere på dyspné, f.eks: hard fysisk aktivitet og andre aktiviteter som krever mye energi, sinneanfall og sult. Det ble bekreftet at dyspné førte til redusert livskvalitet, depresjon og selvmordstanker. Frykt og bekymring ble også beskrevet som en stor utfordring. Det viste seg at sykepleiere ikke har nok kunnskap om dyspné.

<p>Ellies, J. mfl. (2012) Considerations in Developing and Delivering a Nonpharmaceutical Intervention for Symptom Management in Lung Cancer: The Views of Patients and Informal Caregivers. I: Journal of Pain and Symptom Management, 44 (6) s. 831-842</p>	<p>Hensikten var å identifisere hvilke erfaringer pasienter med lungekreft og deres pårørendes har med ikke-medikamentelle tiltak ved behandling av hoste, dyspne, og fatigue. Studiet kartlegger også deres behov og preferanser om hvordan tiltak bør gjennomføres.</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>37 pasienter, og 23 pårørende.</p> <p>Separate intervjuer med pasienter og pårørende. Under intervjuene brukte de en spørsmålsguide for å kartlegge pasientenes og pårørendes preferanser.</p>	<p>Studie har identifisert mange faktorer ut i fra pasienten og pårørendes perspektiv som det bør tas hensyn til ved utvikling av ikke-medikamentelle tiltak ved symptomlindring. Vesentlige faktorer: tiltak som var lette å gjennomføre og som gå raske resultater, tiltak rettet mot å mestre symptomer som: dyspné, angst, panikk og fatigue. Pasientene viste interesse i å lære ulike teknikker som hjalp dem til bedre hverdagsmestring og uavhengighet.</p>
<p>Hately, J. mfl. (2003) Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. I: Palliative Medicine, 17 (5) s. 410-417.</p>	<p>Hensikten med studien var å se på betydningen av ikke-farmakologiske teknikker og strategier for at pasienter med lungekreft skal kunne mestre sin åndenød.</p>	<p>Kvantitativ og kvalitativ studie.</p> <p>68 Deltakere.</p> <p>Det ble brukt ulike verktøy i studien, blant annet: Visuell analog skala (VAS), Rotterdam symptom sjekklister, Dyspnoea Scale (DS), etc.</p>	<p>Før studien: 73% som opplevde åndenød flere ganger om dagen. Etter studien: sunket til 27%. Før studien var det 27% som opplevde åndenød mesteparten av tiden, til 3% etter studien I starten av studien: 37% som kunne gå 100 m eller mer uten dyspne. Etter endt studie: Økte dette tallet til 77%.</p> <p>Livskvaliteten bedret seg.</p> <p>Nyttige teknikker forbedret dyspné. Det som ikke gjorde noen nytte var massasjebruk, bronkodilaterende medikamenter og det å "ikke bekjempe det".</p>
<p>Bredin, M. mfl. (1999) Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. I: BMJ, 318 s. 1 - 5.</p>	<p>Hensikten var å evaluere effekten av sykepleietiltak mot dyspné hos pasienter med lungekreft.</p>	<p>Kvantitativ metode</p> <p>119 deltakere</p> <p>I studiet ble det brukt ulike skalaer, for eksempel visuelle analoge skalaer(VAS), måling av stress på grunn av tungpusthet og dyspné på sitt verste og beste</p>	<p>Intervensjonsgruppen bedret seg betraktelig etter åtte uker i fem av 11 vurderingskriterier og viste svak bedring i tre av de seks gjenværende kriteriene. De bedret seg i forhold til tungpusthet og fysisk, psykisk og emosjonell funksjon.</p>
<p>Smith, E.L. mfl. (2001) Dyspnea,</p>	<p>Hensikten var å evaluere livskvalitet</p>	<p>Kvantitativ metode</p>	<p>Pasienter med høy dyspné-score oppga å ha lavere</p>

Dyspnea, Anxiety, Body Consciousness, and Quality of Life in Patients with Lung Cancer. I: Journal of Pain and Symptom Management, 21 (4) s. 323 - 329.	og dyspné hos pasienter med lungekreft og forholdet mellom livskvalitet, dyspné, angst og kroppsbevissthet.	120 deltakere  Pasientene fullførte fem spørreskjemaer som vurderte livskvalitet, dyspne, angst, kroppsbevissthet, og smerte.	livskvalitet enn de med lav og moderat dyspné-score, og dyspnéen var verre hos menn enn hos kvinner. Eldre pasienter rapporterte mer alvorlig dyspné enn yngre pasienter, og graden av smerte og angst var høyere hos de med alvorlig dyspné.
---	---	---	---

## 4.2 Sammendrag av artiklene

### **Artikkel 1: “Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care”.**

Hensikten med artikkelen er å kartlegge opplevelsen av dyspné hos lungekreftpasienter. Forskningen er utført i Sverige, og gjennomsnittsalderen blant deltakerne var på 74 år. Deltakerne fylte ut ulike spørreskjemaer relatert til opplevelse av, intensitet og mestring ved dyspné. De ulike skjemaene som ble brukt for å kartlegge aspekter ved dyspné var: EORTC- The European Organization for Research and Treatment of Cancer for å måle hvordan aktivitet påvirket dyspné, VAS- Visual analogue scale for å måle intensitet på dyspné, og CDS- Cancer Dyspnea Scale for å finne ut grad av dyspné. Dyspné blir i artikkelen beskrevet som en subjektiv og sammensatt opplevelse, som varierer ut i fra intensitet, nød og aktivitetsnivå. Resultater viser at graden av dyspné og aktivitetsrelatert dyspné har innvirkning på angst, depresjon, fatigue og hoste, og fører til negativ mestringsopplevelse. Ved vurdering og evaluering av tiltak hos pasienter med lungekreft er det avgjørende at sykepleier tar hensyn til de ulike faktorene som påvirker tungpust. Sykepleier kan bruke kunnskap fra denne forskningen for å utvikle tiltak med fokus på mestringsstrategier pasienten kan ta i bruk for å lindre og redusere opplevelsen av dyspné og angst.

### **Artikkel 2: “Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer”.**

Artikkelen omhandler pasienter med alvorlig lungekreft og dyspné. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 65,5 år. Forskningen ble utført i Hong Kong i

Kina. Deltakerne ble intervjuet flere ganger i løpet av studien, der de skulle svare på spørsmål om opplevelsen av sin dyspné. Et spørsmål var for eksempel: “kan du beskrive hvordan dyspné påvirker ditt liv?”. Datainnsamlingen ble utført i et privat rom og samtalene ble lydinnspilt. Ved dataanalysen så ble intervjuene av pasientene spilt opp, tolket og sammenlignet. I resultatdelen uttrykte deltakerne at hvis de hadde et valg, foretrakk de å oppleve smerte og fatigue framfor dyspné. Dyspné påvirket livet til deltakerne fysisk, psykisk og sosialt. Den fysiske delen ble påvirket ved at dyspné begrenset daglige gjøremål som for eksempel: mobilitet, matlaging og bading. Dette var en begrensning da dyspnéanfall ofte ble utløst ved aktivitet. Psykisk så påvirket dyspné deltakerne negativt. Det ble beskrevet at de hadde redusert selvtillit og at mange følte at de var en byrde for familien. Psykiske lidelser som depresjon og angst kommer også frem som et vanlig problem hos deltakerne. Flere hadde selvmordtanker. Sosialt påvirket dyspné deltakerne negativt, mange følte at deres rolle (identitet) hadde gått tapt. Flere isolerte seg hjemme fordi de ikke hadde energi til å gå ut. Familien viste seg og være en god støtte for de fleste deltakerne. Funnene i artikkelen gir en god forståelse av dyspné, basert på pasientenes persepektiv.

### **Artikkel 3: “Considerations in Developing and Delivering a Nonpharmacological Intervention for Symptom Management in Lung Cancer: The Views of Patients and Informal Caregivers”.**

Artikkelen er fra England, og gjennomsnittsalderen på deltakerne var 70 år. Pasientene og pårørende ble intervjuet hver for seg for å kartlegge synspunkter fra to ulike sider. Resultater viser at det var viktig at sykepleier tok hensyn til tidspunkt for veiledning og informasjon. Faktorer som: å ikke oppleve symptomer i det aktuelle tidspunktet, for syk for å motta informasjon, og i ventetiden før behandling hadde effekt på pasientens evne til å oppfatte og forstå informasjonen som ble gitt. Pasientene oppga også at pårørende spilte en viktig rolle i å motta informasjon og stille spørsmål da man selv ikke maktet dette. Resultater viser også at når pårørende tok en for stor rolle i behandlingen så kunne dette gå utover pasientens autonomi og selvstendighet. Andre resultater viser at pasientene hadde motatt ingen eller lite veiledning om håndtering av symptomer, blant annet ved dyspné. Pasientenes synspunkter på ikke-medikamentell behandling var også avgjørende for hvor mottakelig man var for bruk av slike tiltak. Pasienter som hadde mer tro på medikamentell behandling viste mer skepsis og motvilje for bruk av ikke-

medikamentelle tiltak. Resultater fra denne forskningen viser at det er viktig med sammensatte tiltak som tar hensyn til mange ulike faktorer som er beskrevet i oppgaven. Tiltakene må også baseres på individuelle forskjeller og preferanser hos pasienter og pårørende.

**Artikkel 4: “Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer”.**

Artikkelen viser verdien av ikke- medikamentelle teknikker og strategier når det kommer til dyspné hos lungekreftrammede pasienter. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 74 år. Forskingen ble utført i England. Det ble brukt ulike verktøy for datainnsamling, blant annet: spørreskjemaer, skalaer og sjekklister. Deltakerne var med på tre økter, der hver økt varte cirka 90 minutter. Disse øktene gikk over en periode på fire til seks uker. Øktene inneholdt undervisning av en rekke ulike strategier og teknikker, blant annet pusteteknikker, avslappingsteknikker, aktivitetsnivå og psykososial støtte. Resultater viste at: funksjonsevnen ble bedre, slimproduksjon var uendret, forbedring i pust, mindre psykiske plager og en signifikant bedring i timer per dag liggende nede, kroppslig styrke og ting som gjorde pasienten fornøyd. Den største forbedringen ble funnet i pasientens evne til å gjøre hva de ønsket, og generell bedring i livskvalitet.

**Artikkel 5: “Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer”.**

Deltakerne i denne studien var fordelt på seks sykehus i Storbritannia. Gjennomsnittsalderen deres var 67,5 år. De ble tilfeldig fordelt i to ulike grupper, kontrollgruppe og intervensjonsgruppe. Kontrollgruppen fikk standard behandling, og dyspnéen deres og dens virkninger på pasientens liv ble overvåket. Intervensjonsgruppen deltok på en sykepleieklinikk med spesialsykepleiere der de fikk en pakke med tiltak skreddersydd for den enkelte pasient. Tiltakspakken var rettet mot å hjelpe dem til å takle dyspnéen og opprettholde deres eksisterende lungefunksjon. Alle pasientene som deltok hadde tilgang til all rutinemessig støttebehandling. For å kartlegge pasientene ble det brukt seks ulike skalaer. I løpet av studien bedret intervensjonsgruppen seg i forhold til dyspné på sitt beste, WHO



funksjonstilstand, nivåer av depresjon og Rotterdam symptomsjekkliste. Studien konkluderer med at intervensjon basert på psykososial støtte, pustekontroll og mestringsstrategier kan hjelpe pasienter å håndtere sin dyspné og redusere fysisk og emosjonelt stress.

#### **Artikkel 6: “Dyspnea, Anxiety, Body Consciousness, and Quality of Life in Patients with Lung Cancer”.**

Forskningen fra denne artikkelen ble utført i USA. Gjennomsnittsalderen til deltakerne var 64 år. Den ble designet for å undersøke tre hypoteser; 1: Pasienter som rapporterte lave nivåer av dyspné vil også rapportere bedre livskvalitet enn pasienter med alvorlig dyspné. 2: Pasienter som rapporterer lave nivåer av dyspné vil rapportere mindre angst enn pasienter med opplevelsen av mer alvorlig dyspné. 3: Pasienter som skårer høyt på kroppsbevissthet og angst vil rapportere mer alvorlig dyspné enn pasienter med lav skår på den ene eller begge av disse. Resultatene for studien viser at 87 % av pasientene har en viss grad av dyspné, og at dyspnéen kan inntreffe i alle stadier av lungekreft og være alvorlig selv i tidlige stadier. To av de tre hypotesene i forskningen viste seg å stemme, hypotese nummer tre stemte ikke. Studiet viser også at pasienter med alvorlig dyspné opplevde sterkere fysiske symptomer som svakhet, kvelning, tetthet, panikk og smerte. De opplevde også å ha mer angst.

#### **4.3 Kildekritikk**

Kildekritikk innebærer å fastslå om en kilde er sann. Dette gjøres ved å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få en forståelse i de refleksjoner som er gjort av de ulike kildene i oppgaven, og hvilken relevans kildene har for å belyse problemstillingen. I kildekritikken skal det begrunnes hvorfor de utvalgte kildene er blitt brukt (Dalland 2014).

Forskningsartiklene brukt i oppgaven er både kvalitative og kvantitative. Kvantitativ metode har som fordel at det gir data i form av målbare enheter, noe som gir muligheter til å foreta regneoperasjoner. Metoden innebærer mange deltakere og går i bredden. Resultater tolkes ofte ved hjelp av statistikk. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste. Metoden går i

dybden med få antall deltakere ved hjelp av intervjuer og observasjoner (Aveyard 2007, Dalland 2014).

**Artikkel 1:** Artikkelen er relevant da den handler om opplevelsen av dyspné hos lungekreftpasienter, og hvilken effekt det har på andre symptomer som: angst, depresjon og livskvalitet. Artikkelen får fram at psykososial støtte, pustekontroll og mestringsstrategier er gode tiltak i forhold til dyspné, men en ulempe er at den ikke går inn på hvordan disse tiltakene utføres. Den er basert på forskning fra 2008, dette er positivt fordi det er nyere forskning. Den er fra Sverige, og det kan være en fordel da det er store likhetstrekk i helsevesen i Norge og Sverige. Tidsskriftet hvor artikkelen er publisert er fagfelleurdert og har nivå 1. Studiet har brukt en kvantitativ forskningsmetode. Dette er en fordel da det går i bredden ved å få fram data fra mange deltakere. Men det er også en ulempe da det ikke går nøyere inn i den enkeltes opplevelse, og observasjon av deres dyspné. Dette kan da gi mangelfull data. Observasjoner og nøyere oppfølging av noen få pasienter kunne styrket resultatet ved utvikling av tiltak ved dyspné.

**Artikkel 2:** Artikkelen omhandler tiltak ved dyspné hos pasienter med avansert lungekreft, noe som er relevant i forhold til problemstillingen. Den får også frem ulike triggere som kan utløse dyspné og mestringsstrategier for å unngå disse. Det er også positivt at den tar for seg hvordan dyspné påvirker pasientens livskvalitet. Artikkelen tar for seg pasienter som er i sluttfasen med lungekreft, noe som passer bra da oppgaven har palliasjon som et stikkord. Studien er fra 2007. Forskingen er gjort i Kina, noe som kan være en ulempe siden landet er ulikt Norge da det kommer til økonomi og helsesystem. Regjeringen (2009) får fram at Kina i forhold til Norge har et dårlig helsesystem, dette mye på grunn av lav økonomi og mange innbyggere. Kina sitt helsesystem er under oppbygning og har med årene blitt bedre enn det tidligere var. Artikkelen er likevel relevant da opplevelsen av dyspné og lungekreft vil være den samme, hvor enn i verden man bor. Tidsskriften hvor artikkelen er publisert er fagfelleurdert og har nivå 2. I studien er det brukt kvalitativ forskningsmetode, dette er positivt da de har gått i dybden på forskningen og fått fram deltakernes perspektiv. Artikkelen får også frem mening og opplevelser, noe som gir en god forståelse.

**Artikkel 3:** Artikkelen har identifisert ulike faktorer som det er viktig å ta hensyn til ved utvikling av tiltak for symptomlindring hos lungekreftpasienter. En ulempe med artikkelen er at den ikke bare tar for seg tungpusthet, men går også inn på symptomlindring ved tiltak rettet mot hoste og fatigue. Likevel vil de ulike symptomene påvirke hverandre, og virke negativt inn på dyspné. Artikkelen er veldig aktuell da det er viktig å bruke en artikkel som får fram pasientens og pårørendes perspektiv, og hva de mener bør være i fokus for å utvikle gode tiltak ved symptomlindring av lungekreft. Tidsskriftet er fagfelleurdert og har nivå 1. Den er fra 2012 noe som er positivt da det er nyere og oppdatert forskning. Studiet har en kvalitativ forskningsmetode. Med et få antall deltakere blir man godt kjent med den enkelte deltakers perspektiv. Dette kan være en svakhet da det ikke dekker synspunkter fra flere deltakere. Det kan være forskjellige meninger i befolkningen, og resultater fra et få antall deltakere kan da gi en mangelfull forskning. Samtidig er det i denne sammenheng en fordel med kvalitativ forskning for å gå i dybden og få tilstrekkelig med opplysninger om hva pasienten mener er viktig å ha fokus på ved utvikling av tiltak.

**Artikkel 4:** Artikkelens tema er dyspné og livskvalitet, og hvilke ikke-medikamentelle tiltak som kan utføres for å lindre dyspné. Artikkelen er fra 2003. Dette gjør at forskningen er noe foreldet, men er likevel relevant da dyspné sannsynligvis oppleves likt nå i 2015 som i 2003. Tidsskriftet hvor artikkelen er publisert er fagfelleurdert og har nivå 1. Artikkelen er både en kvalitativ og kvantitativ studie. Det er gjort ulike undersøkelser som har blitt tallfestet i studien, noe som viser at de bruker en kvantitativ metode. Men de har også hatt samtaler med pasienter, gått i dybden og tolket, noe som viser at de også har brukt kvalitativ metode. Det at de har brukt både kvantitativ og kvalitativ metode i artikkelen er positivt da de får frem flere sider, enn ved å bruke kun en av metodene. Det blir både vist resultater i tall og tolkninger, noe som gir en god forståelse.

**Artikkel 5:** Artikkelens tema er dyspné hos pasienter med lungekreft. Den er aktuell da den undersøker hvilke sykepleietiltak som pasientene har nytte av for å håndtere sin dyspné. Det er også en fordel at artikkelen sammenligner en intervensjonsgruppe med spesialtilpasset tiltaksprogram, med en gruppe som får standard behandling. En ulempe med studiet er at den ikke forklarer hva de ulike tiltakene konkret innebærer.

Forskningen er fra 1999, men betraktes som aktuell da opplevelsen av dyspné ikke er forandret. Studien er kvantitativ, og går i bredden. Det kan være en ulempe da man ikke går nøye inn på hver enkelt pasient sine opplevelser og erfaringer med sykdommen, men også en fordel da man får flere pasienters synspunkter. Tidsskriftet som har publisert artikkelen er fagfelleurdert og har nivå 1.

**Artikkel 6:** Artikkelen er relevant fordi den evaluerer livskvalitet og dyspné hos pasienter med lungekreft. Den undersøker også forholdet mellom livskvalitet, dyspné, angst og kroppsbevissthet. En ulempe med artikkelen er at den ikke går inn på tiltak, men får fram faktorer det er viktig å ta hensyn til ved dyspné. Oppgaven vil ikke ha fokus på kroppsbevissthet da dette ikke er hovedfokus i oppgaven. Denne artikkelen er fra 2001, men er likevel relevant for oppgaven da den tar for seg forhold som henger sammen med lungekreft og dyspné. Det er en kvantitativ studie, og får fram resultater fra flere pasienter. Artikkelen er publisert i et tidsskrift som er fagfelleurdert til nivå 1.

## **5.0 DRØFTING**

I denne delen av oppgaven vil resultater fra de utvalgte forskningsartiklene, samt bakgrunnstoff og annen litteratur bli drøftet opp mot hverandre for å gi et svar på problemstillingen.

### **5.1 Kartlegging og observasjoner**

For å komme frem til gode tiltak for den enkelte pasient er det viktig med god kartlegging og observasjoner i forkant. I artiklene kommer det frem at dyspné er en subjektiv opplevelse, og sykepleier må utføre tiltak ut ifra de individuelle forskjellene hos pasientene.

Det blir brukt ulike verktøy for å kartlegge dyspné. Fem av seks artikler har brukt visuelle analoge skalaer (VAS). VAS-skjema blir brukt for å måle intensiteten ved dyspné. Pasientene oppgir hvor smertefull deres dyspné er på en skala fra 0-10, hvor 10 er verst tenkelig. For å kartlegge psykiske og fysiske symptomer, samt aktivitetsnivå, ble det i flere artikler brukt "Rotterdam symptom checklist". Ved vurdering av livskvalitet ble det anvendt ulike verktøy i artiklene. Blant annet ble det brukt: "quality of life questionnaire" og "functional assessment of cancer therapy". Gjennom studiene ble funksjonsevnen testet hos pasienter ved ulike aktiviteter. Her ble det blant annet brukt "functional capacity scale", "Rotterdam symptom checklist" og "European Organization for research and treatment of cancer QLQ-LC13". Det ble også brukt individuelle intervjuer, spørreskjemaer og andre skjemaer for kartlegging av dyspné. For å identifisere smerter nevner de også i fagartikkelen til NSF(2012) at ESAS-skjema er nyttig.

Artikkelen av Bredin mfl. (1999) forteller at de som fikk et skreddersydd tiltaksprogram viste forbedringer i tungpust, fysisk, psykisk og emosjonell funksjon i forhold til de som fikk standard behandling. Dette understreker hvor viktig det er med en individuell evaluering av tiltak for pasienten. Noen av kartleggingsverktøyene brukt i de ulike artiklene gir bedre forståelse enn andre. Ved kartlegging av psykiske og fysiske symptomer, samt aktivitetsnivå og livskvalitet gir "Rotterdam symptom

checklist” en bedre oversikt enn “European Organization for research and treatment of cancer” sine skjemaer. Dette fordi “European Organization for research and treatment of cancer” sine skjemaer oppleves som noe uoversiktlig. Det er vanskelig å skille de ulike skjemaene fra hverandre, i motsetning til “Rotterdam symptom checklist” som gjennom klare beskrivelser og tabeller gir en god forståelse. I artikkelen av Lai, Chan og Lopez (2007) ga VAS-skår en god indikasjon på dyspnéintensiteten. Men den ga ingen målinger på hvilke begrensinger dyspné hadde på aktiviteter i dagliglivet og sosialt liv. I forhold til de andre artiklene som har flere verktøy i tillegg til VAS gir dette en begrensning i helheten av dyspnékartlegging.

For å lindre symptomer, bedre mestring og livskvalitet er det nødvendig med sammensatte tiltak ved håndtering av dyspné. Behandling av dyspné for lungekreftpasienter blir delt inn i to grupper: medikamentell og ikke-medikamentell. Viktige sykepleieobservasjoner ved dyspné er: respirasjonsfrekvens, dybde, rytme, lyder, bruk av hjelpemuskulatur, cyanose, sirkulasjon, bevissthetsnivå, hoste og ekspektorat. Det er også viktig å kartlegge underliggende årsaker som kan gi dyspné. Dette innebærer blant annet: forverring i kreftutvikling, pleuravæske, infeksjon og emboli (NSF 2012).

## **5.2 Ikke-medikamentelle tiltak**

Etter å ha kartlagt og observert pasienten har man et godt utgangspunkt for å iverksette aktuelle tiltak. Det finnes mange ikke-medikamentelle tiltak for å lindre dyspné. Artiklene tar for seg mange av de samme tiltakene som drøftes her.

### **5.2.1 Puste og avslappingsteknikker**

Å være tungpustet kan oppleves ubehagelig og skremmende for pasienten. Å miste kontroll over pusten kan ofte føre til angst og stress. Angst forverrer dyspneen, og pasienten kommer lett inn i en “ond sirkel”. Tungpust gjør at pasienten ofte puster overfladisk, og ikke får nok luft i lungene. Ved å bruke pusteteknikker vil pasienten oppnå dypere pust. Dype inspirasjoner gir bedre ventilering i lungene og endret gasstrøm, og kan også åpne små luftveier som har klappet sammen. Bruk av diafragma er vesentlig for at pasienten skal kunne få til dype og rolige inspirasjoner (Almås mfl. 2011). Ved tungpust har sykepleier en viktig rolle i å undervise i ulike

puste- og avslappingsteknikker for å lindre angst og dyspné. Disse teknikkene kan brukes for å mestre dyspnéanfall, bedre respirasjonen, få kontroll over pusten og bidra til avspenning (Skaug 2011).

Martinsen er opptatt av sanselig sykepleie. For Martinsen betyr sanselig nærhet å bruke ulike sanser som: øyne, lukt og berøring aktivt i pleien for å oppnå best mulig kontakt med pasienten. Blant annet sier hun at pusten er noe mennesket ofte tar for gitt. Bruk av ulike sanser spiller en viktig rolle ved at sykepleier er oppmerksomt tilstede hos pasienten, og beroliger pasienten slik at han finner tilbake til en god rytme å puste i. Hvordan man støtter en pasient i en slik situasjon beror på faglig skjønn (Sykepleien 2012).

I artikkelen av Lai, Chan og Lopez (2007) beskriver pasientene hvor viktig sykepleiers rolle er ved et dyspnéanfall. Ulike metoder som blir brukt i artikkelen er blant annet: å puste dypt gjennom nesen og puste sakte ut igjen, inhalere dypt og sakte gjennom munnen og puste flere ganger ut igjen. Pasientene beskrev disse teknikkene som nyttige. Pustemønster kan være "smittsomt" og hos noen vil pustemønsteret bli påvirket ved fysisk nærhet. Ved å puste rolig, dypt og avslappet kan sykepleier være med å påvirke og dirigere pusten til pasienten på en gunstig måte. Derimot hvis sykepleier er stresset og har en rask pust, kan dette gi en negativ effekt på pasientens pustemønster.

Direkte kroppskontakt og nærhet vil for mange ha en beroligende effekt på pusten. Artikkelen fra NSF (2012) beskriver en annen pusteteknikk for å forbedre respirasjonen. Den går ut på å hjelpe pasienten til å få kontroll over pusten, ved å dirigere og roe ned pusten. Dette kan man gjøre ved å rolig stryke på pasientens rygg og samtidig si beroligende ord. Det kan også være effektivt å holde en hånd på brystkassen mens man veileder pasienten i pusteteknikk. Berøring ved å holde pasienten i hånden vil også ha en beroligende effekt på pusten og kan redusere angst (Almås mfl. 2011). Det er likevel viktig at sykepleier reflekterer over, og respekterer pasientens intimgrenser. Direkte kroppskontakt vil for noen oppleves ubehagelig, og kan ha en motsatt effekt med økt angst og ubehag (Bjørk og Breievne 2011).

Martinsen mener at sykepleier kan gjennom berøring formidle kontakt, omsorg, ro og

nærhet. Men hun understreker også at det er viktig at man tilnærmer seg pasienten ut ifra faglig skjønn (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011).

Sykepleier kan også dirigere pusten verbalt uten å røre ved pasienten. Det er også her vesentlig at sykepleier viser øvelsen med kroppen, og er bevisst egen pust, stemme og mimikk. Pasienten må få nok tid til å puste inn og ut. Ved å holde igjen luften litt før utpust bedres gassfordeling i lungene. Dette gir en mer rolig og avslappet pust, og hindrer hektisk og kavet pust med pesing som virker ugunstig på dyspné (Almås mfl. 2011).

Leppeblåsing er et annet effektivt tiltak ved tungpust. Sykepleier veileder da i hvordan man puster gjennom nesen og ut gjennom trange eller spissete lepper. Ved leppeblåsing er ekspirasjonen aktiv, noe som gjør at trykket i luftveiene øker. Dette bedrer gassutvekslingen og oksygenopptaket i lungene, og bidrar positivt på pasientens respirasjonsfrekvens (Almås mfl. 2011). Fagartikkelen fra NSF (2012) bekrefter også at leppeblåsing er effektivt ved dyspné.

I artikkelen av Bredin mfl. (1999) kommer det frem at pasientene som hadde et spesialtilpasset tiltaksprogram hadde bedret sin dyspné, med unntak av pasientene med svært alvorlig dyspné. Et punkt i tiltaksprogrammet var pusteteknikker, men artikkelen beskriver ikke hva de innebærer. Det er derfor vanskelig å vurdere effekten av disse teknikkene. Artikkelen av Henschel mfl. (2008) understreker at bruk av pusteteknikker er et effektivt tiltak for håndtering av dyspné, ved å referere til artikkelen av Bredin mfl. (1999). Hatley mfl. (2003) har i deres studie funnet ut at teknikker som å lære å puste riktig ut og bruk av diafragma er effektivt ved dyspné. Artikkelen trekker også fram at det å ikke gjøre noe med problemet, ikke vil hjelpe pasienten. Alle av de utvalgte forskningsartiklene, med unntak av to, sier at pusteteknikker har effekt hos lungekreftframmede pasienter med dyspné. Ingen av artiklene eller annen litteratur motsier at pusteteknikker hjelper.

Det er viktig at sykepleier sørger for at pasienten sitter eller ligger godt. En god hvilestilling kan bidra til at pasienten slapper av, noe som fremmer respirasjonen. I fagartikkelen til NSF (2012) blir blant annet en framoverbøyd sittestilling og Fowlers sengleie beskrevet som nyttige hvilestillinger. Sittestillingen går ut på at pasienten



sitter foroverlent med armene støttet på puter. Dette gjør at pasienten får et strekk i diafragma noe som gjør respirasjonen mer effektiv. I Fowlers leie er ryggleiet hevet, pasienten har puter under armene og knekk i knærne på sengen. Ifølge Skaug (2011) hindrer høyt ryggleie at bukorganene presses mot diafragma, og sørger for bedre ekspansjonsmuligheter for lungene. Bruk av puter under armene er hensiktsmessig, da det gir en god hvilestilling og letter bruken av hjelpemuskulatur.

### **5.2.2 Mestringsstrategier**

Lungekreft er en svært alvorlig sykdom og prognosen er dårlig. Å leve med lungekreft og de begrensninger sykdommen medfører kan påvirke mestringsfølelsen negativt. Det er derfor vesentlig at sykepleier har kunnskap om hvordan fremme mestring hos pasienten. Som nevnt i bakgrunnen er autonomi og selvstendighet viktig for at pasienten skal oppleve mestringsfølelse. Lungekreftpasienter er på grunn av sin helsesituasjon ofte sårbare, hjelpetrengende og avhengig av sykepleie. Kristoffersen og Nortvedt (2011) påpeker at pasienter ofte får en passiv rolle i møte med helsevesenet. Mange føler seg umyndiggjort, og blir fratatt ansvar, selvstendighet og frihet. Å praktisere autonomi og selvstendighet hos lungekreftpasienter kan være utfordrende. Hos pasienter er det alltid en balanse mellom det å være sårbar, avhengig og hjelpetrengende, og det å ha mulighet til selvbestemmelse og ivareta sine egne interesser. Pasientens evne til å være autonom og ta en aktiv del i sin egen behandling vil derfor i stor grad avhenge av hvor syk han er. Som nevnt tidligere er pasienter med lungekreft på grunn av sin prognose ofte svært pleietrengende. Ivaretagelse av pasientens autonomi og selvstendighet kan da vise seg å være etisk utfordrende. Når pasienten er svært syk og pleietrengende mener Martinsen at det beste for pasienten er at sykepleier tar avgjørelser uten å involvere pasient, såkalt svak paternalisme. Likevel er hun opptatt av mestring, og mener at omsorg er å styrke livsmot, og hjelpe pasienten med dette. Men at det i dette tilfellet ikke er realistisk at pasienten skal være selvstendig og oppleve egenomsorg (Kristoffersen 2011).

I artikkelen av Ellis mfl. (2012) kommer det fram at pasientene var interessert i å lære om tiltak som hjalp dem til bedre å mestre hverdagen og bli mer selvstendige. Bredin mfl. (1999) konkluderer med at mestringsstrategier kan hjelpe pasienter med å håndtere symptomer ved dyspné, og redusere psykisk og emosjonelt stress. Henoch

mfl. (2008) påpeker derimot at ved svært alvorlig dyspné har pasienten lav mestringssevne, og vil være avhengig av sykepleie. Her er også Martinsen aktuell med sin omsorgsteori om de mest pleietrengende og sykeste pasienter. Gjennom praksis er det blitt erfart at de sykeste og mest pleietrengende pasienter ikke makter å utføre hverdagslige aktiviteter og ønsker sykepleie. Det er likevel viktig å kartlegge pasientens ressurser og hva de ønsker å bruke energi på. For eksempel kan dette gå ut på at pasienten ønsker hjelp til stell for å senere kunne ha pust til å spise selv.

I flere av artiklene kommer det fram at hvis sykepleier ikke hjelper pasienten til å mestre dyspnéanfall, kan det føre til ytterligere forverring av tilstanden og sterk angst. Smith mfl. (2001) hevder at pasienter med alvorlig dyspné har betydelig høyere angst enn de med lavere grad av dyspné. Noen av artiklene gir også et inntrykk av at mestringsstrategier hjelper mot angst. I Henschel mfl. (2008) bekreftes dette, da resultater viser at de med lav mestringssevne også hadde høyere grad av angst.

Lai, Chan og Lopez (2007) beskriver i sin artikkel at man kan utvikle egne mestringsstrategier for å håndtere dyspné. Disse innebærer blant annet: pusteøvelser, drikke varm eller kald drikke, støtte fra familie, urtemedisiner og oljer. Almås mfl. (2011) understreker at rikelig med væsketilførsel bidrar til et mer tyntflytende sekret, og det blir mindre slitsomt for pasienten å hoste det opp. Varm drikke er spesielt effektivt, særlig om morgenen, da det er mye luftveissekret som må fjernes. For at pasienten skal ha en optimal respirasjon er det viktig at luftveiene er rensset for sekret og fremmedlegemer. Hosting er den mest effektive måten å fjerne sekret på. Støtte fra familie kan også virke negativt inn på pasientens mestringsfølelse og autonomi. I Ellis mfl. (2012) står det at pårørende ofte kan ta en for stor rolle i utføring av tiltak, og hva pasienten makter å gjøre selv og deres autonomi blir ikke tatt hensyn til. På den andre siden må dette bli vurdert ut i fra pasientens helsetilstand.

I noen av artiklene kommer det fram at sykepleiere ofte er passive i forhold til håndtering av dyspné og undervisning av mestringsstrategier. Ni av elleve deltakerne i artikkelen av Lai, Chan og Lopez (2007) rapporterte at sykepleier ikke hadde gjort noe for å lindre deres dyspné. Deltakerne foreslår at sykepleiere skal ta en mer aktiv rolle når det kommer til undervisning og støtte ved symptomlindring. Artikkelen

belyser også at informasjon er nødvendig for at pasienten skal være forberedt og kunne bedre mestre pustevansker.

Bruk av mestringsstrategier blir gjennom de fleste artiklene beskrevet som nyttige når det kommer til lindring av dyspné. Smith mfl. (2001) viser på den andre siden i sin forskning at mestringsstrategier ikke alltid er effektive ved dyspné, og mer forskning trengs på dette området.

### **5.2.3 Psykososial støtte**

Å få diagnosen lungekreft innebærer ofte store psykiske og fysiske påkjenninger, og har innvirkning på livskvalitet. Som nevnt tidligere hevder Kristoffersen (2011) at man gjennom psykososial støtte kan fremme pasientens opplevelse av å bli forstått, bekreftet, oppleve omsorg og føle seg trygg. Psykososial støtte kan også bidra til å fremme mestringsfølelsen.

Gjennom psykososial støtte vil det skapes relasjon mellom pasient og sykepleier. Martinsen bygger på en verdioppfatning der relasjoner blir sett på som det fundamentale i menneskelivet. Hun hevder også at mennesker er avhengige av hverandre, spesielt ved sykdom, skade eller funksjonstap (Kristoffersen 2011). Lungekreframmede pasienter med dyspné opplever ofte funksjonstap. Dyspneen ved lungekreft hindrer pasienter til å utføre hverdagslige aktiviteter på grunn av tungpusthet og smerte. En pasient med lungekreft og dyspné vil derfor være avhengig av andre for å utføre ulike hverdagslige aktiviteter, som for eksempel å lage mat, renhold av hus og stell. I det siste stadiet av sykdommen der pasienten har behov for palliativ pleie, vil også pasienten være avhengig av sykepleier.

Martinsen mener at i sykepleien er omsorg et mål i seg selv, som blant annet innebærer å styrke livskvalitet, og å gjøre det beste for pasienten i den situasjonen han befinner seg i. Psykososial støtte innebærer at pasienten opplever å bli forstått. Martinsen understreker dette i sin teori der hun hevder at forståelse for pasientens situasjon er et viktig punkt innenfor omsorg (Kristoffersen 2011).

Flere av artiklene viser at psykiske symptomer som angst og depresjon har innvirkning på dyspné, og påvirker livskvaliteten. Artikkelen av Henoch mfl. (2008) viser en tydelig sammenheng mellom depresjon, angst og dyspné, men tar ikke for seg konkrete tiltak ved psykososial støtte. Artikkelen til Bredin mfl. (1999) viser derimot effekt av psykososiale tiltak ved forbedringer av psykisk stress og angst hos intervensjonsgruppen. Dette hadde også en positiv innvirkning på dyspné. Den nøyaktige effekten av tiltaket var uklar. Men en faktor som viste seg å ha innvirkning på forbedring var muligheten til å prate om vanskelige følelser og bekymringer. Artiklene av Henoch mfl. (2008) og Bredin mfl. (1999) konkluderer derfor med at psykososial støtte er et viktig tiltak hos lungekreftrammede pasienter med dyspné. En svakhet med artiklene er at ingen av de beskriver hvordan psykososial støtte ble utført.

Norsk psykologiforening (2007) hevder at i Norge og andre land har det de ti siste årene vært en sterk vekst i antall psykososiale støttegrupper for kreftrammede og pårørende. Støttegruppene blir ofte ledet av sykepleier med etterutdanning i kreftomsorg. Viktige oppgaver for disse gruppene er at den som leder støttegruppen bidrar med informasjon og kunnskap om den aktuelle kreftsykdommen og behandling. I slike grupper er det også viktig at den kreftrammede pasienten og dens pårørende får mulighet til å møte andre mennesker i en liknende situasjon og utveksle erfaringer. For mange pasienter kan en gruppetilhørighet være verdifull for å få innsikt i egen sykdom, økt selvtillit og økt mestringsevne. Noe som igjen er med på å redusere angst og usikkerhet. På bakgrunn av dette er det viktig at lungekreftrammede pasienter med dyspné og pårørende får tilbud om å være med i psykososial støttegrupper. Artikkelen av Ellis mfl. (2012) bekrefter pasientens behov for støttegrupper. Deltakerne uttrykte få muligheter til å snakke med andre pasienter om sin lungekreft, og hvordan man skulle håndtere sykdommen. De så på muligheten til å ha kontakt med andre i samme situasjon som verdifullt.

Deltakerne i studiet av Lai, Chan og Lopez (2007) rapporterer at dyspné har en negativ effekt på livskvalitet. De uttrykker at dyspné tar kontroll over livet, og gir begrensninger i hverdagslige aktiviteter og sosialt liv. Dette medfører en stor psykisk påkjenning som ofte utarter seg i angst og depresjon. Frykt for å ikke få puste tilstrekkelig var også en vanlig bekymring blant deltakerne. Flere deltakere med

alvorlig dyspné rapporterte selvmordstanker på grunn av store smerter og ubehag. Her bekreftes det igjen at høyere nivå med dyspné også resulterer i større grad av angst. At sykepleier var tilstede og støttet pasienten i vanskelige perioder som ved et dyspnéanfall viste seg å være et godt psykososialt tiltak. Andre viktige oppgaver sykepleier har i en slik situasjon er å berolige pasienten, gi støttende ord og gi tilbud om en hånd å holde i. Mange pasienter i en slik situasjon hevder at fysisk berøring fra sykepleier gir en beroligende effekt (Skaug 2011). Smith (2001) får også frem at høy grad av dyspné fører til mer intens smerte. I Hatelý mfl. (2003) var psykososial støtte et av tiltakene ved dyspné. I motsetning til de andre artiklene gir denne mer innsikt i effekten av psykososial støtte. Hensikten med tiltaket var kartlegging av psykososiale behov for å styrke velvære, trygghet og selvfølelse. Tiltaket viser effekt hos flere deltakere. Blant annet oppgir en deltaker at hun etter endt studie har fått økt selvtillit og livskvalitet, og mestrer aktiviteter som hun tidligere ikke kunne utføre på egenhånd.

Smith mfl. (2001) rapporterte at de med høy grad av dyspné hadde lavere livskvalitet enn de med lavere grad. Det kommer også fram i resultatet at de med høy grad av dyspné også hadde høye nivåer av angst. På den andre siden kommer det fram i diskusjonsdelen at relasjonen mellom dyspné og andre symptomer som angst og smerte er noe ukjent, og det er behov for mer forskning på dette området.

#### **5.2.4 Informasjon og veiledning**

Informasjon og veiledning er viktig hos lungekrefttrammede pasienter med dyspné. Gjennom dette skapes det trygghet og innsikt i egen sykdom. Å unnlate å gi informasjon kan medføre usikkerhet hos pasienten, noe som igjen kan være med å forverre dyspneen. Mangelfull veiledning kan også føre til at pasienten er uforberedt ved et eventuelt dyspnéanfall. Dette kan ofte føre til forverring av angst (Stubberud 2011). Mange av deltakerne i artikkelen Lai, Chan og Lopez (2007) oppgir at de har fått utilstrekkelig informasjon om deres dyspné. En av deltakerne fortalte at han ikke visste hva dyspné var, og hvordan symptomet utarter seg og påvirker kroppen. Han uttrykket også at han ønsket å få informasjon om dette og kunne forstå hva det innebar. En annen deltaker påpeker også at om han hadde fått tilstrekkelig med informasjon ville han vært mer psykisk forberedt, og bedre mestret sin dyspné.

Artikkelen av Ellis mfl. (2012) forteller også at flere deltakere ikke har blitt informert og veildet ved symptomlindring.

Artikkelen av Ellis mfl. (2012) sier noe om viktigheten av tidspunkt for å gi informasjon. Deltakerne rapporterte at de ikke var mottakelige for informasjon på tidspunkt som: når de ikke opplevde symptomer, når de var for syke til å motta informasjon og når de var bekymret for andre problemer. Disse faktorene spilte inn på pasientenes evne til å ta til seg informasjon. Pasientene uttrykte også at pårørende var en viktig ressurs når det gjaldt å gjenta informasjon, og stille spørsmål når de ikke selv hadde evne til dette. Som tidligere beskrevet må informasjon ofte gjentas, da pasienten har redusert hukommelse på grunn av de påkjenninger som sykdommen medfører.

Lai, Chan og Lopez (2007) beskriver at et tiltak for å forsøke å forebygge et dyspnéanfall kan være å unngå ulike triggere som kan utløse pustebesvær. Triggere som blir beskrevet i artikkelen er blant annet: overanstrengelse ved fysisk aktivitet som å flytte på møbler og gå fort, snakking, emosjonelle faktorer som sinne og tristhet, sult og ekstremt vær. Gjennom informasjon kan sykepleier gjøre pasientene bevisst på de ulike triggerne. Pasienten får på denne måten kunnskap om hvordan man kan unngå enkelte triggere, og er mer forberedt til å håndtere uunngåelige triggere. Noen av eksemplene fra artikkelen for å unngå disse triggerne innebar å ha: lavt tempo ved aktivitet, unngå å utsette seg for ekstremt vær, bevare energi ved å få tilstrekkelig med hvile og høre på avslappende musikk. Denne artikkelen i tillegg til artikkelen av Henoch mfl. (2008) oppgir fatigue som et tilleggsymptom ved dyspné. Dette underbygger viktigheten med tilstrekkelig søvn og hvile. Flere av artiklene viser at dyspné økte ved aktivitet. Samtidig blir det understreket i artikkelen av Hatley mfl. (2003) at det er viktig å være i fysisk aktivitet. Resultater viser at i starten av forskningen kunne 37 % av deltakerne gå mer enn 100 meter uten å oppleve dyspné i motsetning til fire uker etter da tallet hadde steget til 77%. De fleste av deltakerne rapporterte en bedring i funksjonsevne etter endt studie. Likevel er det viktig å tenke på at mange pasienter er engstelige for aktivitet, da dette er anstrengende for pusten. Mobilisering gir økt oksygenbehov og pasienten vil bli mer tungpustet. Før mobilisering må sykepleier gi informasjon om hva som skal skje, og tilrettelegge og veilede i eventuelle pusteteknikker slik at det blir så behagelig som mulig for

pasienten (Stubberud 2011). Veiledning er nærmere beskrevet i punktet om ulike puste og avslappingsteknikker.

### **5.2.5 Andre aktuelle tiltak**

Andre aktuelle tiltak som kan lindre dyspné kan være ulike miljøtiltak. Artikkelen av Ellis mfl. (2012) understreker at pasienter foretrekker tiltak som er lette å utføre og gir rask lindrende effekt. De ønsker også å være mer selvstendige og lære om ulike tiltak som de kan utføre på egenhånd. Fagartikkelen fra NSF (2012) viser at miljøtiltak som frisk luft og vifte kan lette pasientens opplevelse av dyspné. Frisk luft har ofte god effekt på dyspné. Et lett gjennomførbart og lite tidskrevende tiltak kan være å åpne et vindu, og sørge for at det er frisk luft og behagelig temperatur i rommet. Bruk av bord- og håndvifte kan også ha god effekt på dyspné og gi pasienten følelsen av å få mer luft. Begge tiltakene er enkle og lett gjennomførbare, og kan utføres av både sykepleier og pasient. Ved å informere pasienten om disse ulike tiltakene, kan de gjennomføres på egenhånd og dermed oppnå økt selvstendighet.

Pårørende har en viktig rolle for å skape motivasjon, trygghet og mestring hos mange lungekreftframmede pasienter med dyspné. Innvolvering av pårørende er ikke et tiltak i seg selv, men i artiklene av Ellis mfl. (2012) og Lai, Chan og Lopez (2007) viser det seg at pårørende var en viktig ressurs i gjennomføring av tiltak. Dette ved å være tilstede og støtte pasienten i utførelse av ulike tiltak, for eksempel aktivitetsregulering og pusteteknikker ved et dyspnéanfall. Pårørende bidro også til å gi pasienten styrke og håp for å kunne håndtere sykdommen og symptomene. I en situasjon der pasienten får palliativ pleie, er også pårørende og annet nettverk en god støtte for pasienten. Som sykepleier er det viktig å møte familien med respekt og empati. Det at familien føler seg sett og ivaretatt, kan lette sorgarbeidet (Loge, Bjordal og Paulsen 2006).

Gjennom kommunikasjon kan sykepleier bidra til å styrke pårørendes rolle og innsikt. Kommunikasjon kan føre til kunnskap og forståelse om pasientens sykdom, og kan igjen bidra til at pårørende tar en mer aktiv del i behandlingen. På den andre siden viser artikkelen til Ellis mfl. (2012) at ikke alle pårørende ønsker å ta like stor del i behandlingen. Store forventninger og krav til å bidra, kan bli overveldende og oppleves som en byrde. I artikkelen av Lai, Chan og Lopez (2007) er det derimot

pasientene som føler at de er en byrde for familien. For eksempel oppgir en pasient at han alltid er en byrde, og at sykdommen krever for mye av familien og hindrer dem i å leve sitt eget liv.

### **5.3 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser**

Alle artiklene er skrevet på engelsk, og dette kan ha ført til eventuelle mistolkninger. I oppgaven er det brukt både primær- og sekundærkilder. Forskningsartiklene i oppgaven er primærkilder, mens annen bakgrunnstoff er sekundærkilder. Disse kildene sammen gir god kvalitet og en helhet i oppgaven. En del av artiklene er finansiert. Som nevnt tidligere i oppgaven vil betalt forskning være etisk utfordrende fordi motivasjon til å tjene penger kan påvirke resultatet. Funn i artiklene motsier ikke hverandre, og svarene peker i samme retning. Dette har vært en utfordring ved drøfting av ulike sider. En annen utfordring var å finne nyere forskning, og det har derfor vært nødvendig å bruke eldre litteratur. Samtidig viser det seg at forskningen er tilnærmet lik, og opplevelsen av dyspné er den samme i dag som før. Artiklene har gitt svar på problemstillingen, men en svakhet er at mange av artiklene ikke tar for seg grundig nok hva de ulike tiltakene innebærer.



## 6.0 KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvilke ikke-medikamentelle tiltak som er viktige for lungekrefttrammede pasienter med dyspné. Dette da medikamentell behandling ikke alltid er tilstrekkelig. Oppgaven viser at dyspné er sammensatt av både fysiske og psykiske faktorer som sykepleier må ta hensyn til da hun skal vurdere aktuelle tiltak. Forskning viser at sammensatte tiltak som: pusteteknikker, mestringsstrategier, psykososial støtte, informasjon og veiledning, og andre tiltak har vært nyttige for pasienter med dyspné. Opplevelsen av dyspné er individuell, og det er viktig med grundig kartlegging av hver enkelt i forkant for å finne tiltak og behandling som er best for pasienten.

Forskningsartiklene viser at mange resultater fra eldre og nyere forskning er lik når det kommer til ikke-medikamentelle tiltak. For å kartlegge dyspné og tiltak har artiklene brukt ulike verktøy. De har likevel kommet fram til mange av de samme svarene. Artiklene poengterer at det er behov for mer forskning når det gjelder dyspné og ikke- medikamentelle tiltak. Det kommer også frem at sykepleier ikke har nok kunnskap på dette området, og flere pasienter oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig med informasjon og hjelp for å håndtere deres dyspné.

Som nevnt tidligere er ikke alltid medikamentell behandling nok alene. Det er derfor viktig at sykepleier også har kunnskap om ikke- medikamentelle tiltak. Disse to behandlingsmetodene går hånd i hånd. Sammensatte tiltak fra begge metodene er mest effektivt for pasienter med dyspné. Sykepleiere har en tendens til å kun fokusere på medikamentelle tiltak, og er for dårlige på å bruke andre tiltak. Det er også viktig at sykepleiere informerer om ikke-medikamentelle tiltak slik at pasienten er klar over at det finnes andre behandlingsalternativer.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Almås, H. mfl. (2011) Sykepleie ved lungesykdommer. I: Almås, H., D.G, Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 113-114.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. 3.utg. Berkshire: McGraw-Hill Education.

Bastøe, L-K. (2011) Reaksjon og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: Holter I.M., Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe AS, s. 94-95.

Bjørk, I.T., G. Breievne (2011) Kropp og velvære. I: Kristoffersen N.J, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal. s. 393.

Bredin, M. mfl. (1999) Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. I: *BMJ*, 318 s. 1 - 5.

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ellies, J. mfl. (2012) Considerations in Developing and Delivering a Nonpharmalogical Intervention for Symptom Management in Lung Cancer: The Views of Patients and Informal Caregivers. I: *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (6) s. 831-842.

Forskning.no (2009) *Betalt deltakelse* [online] URL: <http://forskning.no/forskningsetikk-forskningsfinansiering/2009/03/betalt-deltakelse> (03.05.2015)

Fürst, C.J. J. Starlander (2007) Pustebesvær. I: Kaasa (red) *Palliasjon-Nordisk lærebok*. 2.Utg. Oslo: Gyldendal s. 509.

Hately, J. mfl. (2003) Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. I: *Palliative Medicine*, 17 (5) s. 410-417.

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* [online] URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (09.03.15)

Helsedirektoratet (2015) *Pakkeforløp for lungekreft* [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/9/1332> (09.03.2015)

Helsedirektoratet (2015) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt* [online]. URL: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport\\_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt\\_IS-2278.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt_IS-2278.pdf) (30.03.15)

Helsedirektoratet (2015) *Smerte* [online]. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon?menuname=Smerte> (31.03.15)

Henoch, I. mfl (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. I: *European journal of Oncology Nursing*, 12, s. 86-96.

Høgskolen i Gjøvik (2014) *Forskning* [online]. URL: <http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (24.03.15)

Høgskolen i Gjøvik (2014) *Helse i dagliglivet* [online]. URL: [http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse\\_i\\_dagliglivet](http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet) (24.03.15)

Jacobsen, D. mfl. ( 2012) Lungesykdommer. I: Jacobsen, D., S.E, Kjeldsen, B., Ingvaldsen, T., Buanes og O., Røise (red.) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 153.

Kaasa, S (2007) *Palliasjon* - Nordisk lærebok. 2.utg. Oslo: Gyldendal.

Kreftforeningen (2015) *Lungekreft- cancer pulm* [online]. URL:  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/lungekreft/> (09.03. 2015)

Kreftregisteret (2015) *Kreftstatistikk* [online]. URL:  
<http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> (22.04.2015)

Kreftregisteret (2015) *Lungekreft* [online]. URL:  
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Hver-tiende-kreftdiagnose-som-stilles-i-Norge-er-lungekreft/> (22.04.2015)

Kristoffersen N.J (2011) Helse og sykdom. I: Kristoffersen N.J, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal. s. 57.

Lai, Y.L., C. Chan., og V. Lopez (2007) Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer. I: *Cancer Nursing*, 30 (2) s. 1-8.

Loge, J.H., K. Bjordal og Ø. Paulsen (2006) Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126 (4) s. 462-466.

Lorentsen V.B., E. K. Grov (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., D.G, Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 410 og 425 -428.

NHI (2013) *Ikke - småcellet lungekreft* [online]. URL:  
<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kreft/lungekreft-ikke-smacellet-3822.html?page=all> (09.03.2015)

Tidsskriftet for norsk psykologforening (2007) *Psykologiske perspektiver på kreft* [online]. URL: [http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks\\_id=24434&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=24434&a=2) (28.04.15)

Regjeringen (2009) *Kina og Norge - ulike land med like tanker om helse* [online]  
URL: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/kina-og-norge--ulike-land-med-like-tanke/id564634/> (02.04.15)

Skaug, E-A. red. (2011) Respirasjon. I: Kristoffersen N.J, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal. s. 70-71 og s. 90-92.

Skårderud, F. S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010). *Psykiatriboken Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smith, E.L. mfl. (2001) Dyspnea, Anxiety, Body Consciousness, and Quality of Life in Patients with Lung Cancer. I: *Journal of Pain and Symptom Management*, 21 (4) s. 323 - 329.

Stubberud, D-G. (2011) Respirasjon. I: Holter I.M., Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe AS, s. 383-384.

Sykepleien (2012) *Viktige tanker fra Kari Martinsen* [online]. URL: <https://sykepleien.no/bok/2012/09/viktige-tanker-fra-kari-martinsen> (04.05.15)

Sykepleierforbundet (2012) *Behandling av pasienter med dyspné* [online]. URL: <http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/873968/Behandling%20av%20pasienter%20med%20dyspn%20E9.pdf> (12.03.15)

## Vedlegg 1:

### PICO - skjema:

<b>Problem/pasient</b>	<b>Intervensjon (tiltak)</b>	<b>Comparison (sammenligning)</b>	<b>Outcome (utfall)</b>
-lungekreft -dyspné -palliasjon -livskvalitet -sykepleiers rolle	-ikke medikamentell <i>-støtte/terapi</i> <i>-informasjon og veiledning</i>	-sammenligne ulike ikke medikamentelle tiltak opp mot hverandre. -sammenligning av eldre og nyere forskning	-økt kunnskap om ikke-medikamentelle tiltak for å lindre dyspné