



FORSIDEARK

TIL BRUK VED ALL INNLEVERING AV EKSAMEN I
VIDEREUTDANNINGER VED HØYSKOLEN DIAKONOVA

Fylles ut av kandidaten:

Del 1

Videreutdanningens navn:	(kryss av):
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med kreftsykdom	Heltid:x
	Deltid:
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresykdom	
Helsesøsterutdanning	
Videreutdanning til hygienesykepleier/smittevernrådgiver	
Årsstudiet i kristen sjelesorg	

Del 2

Kandidatnummer: (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	402
Veileders navn: (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	Mardon Breimoen
Kull:	14 Heltid
Semester og år:	2.semester, vår 2015
Tidspunkt og dato for innlevering:	Kl 21.00 26.03.15
Antall sider vedlagt dette forsidearket:	16
Antall ord:	2941

PREOPERATIV KARTLEGGING OG SAMTALE VED LUNGEKREFT.

-Kan kreftsykepleieren bidra til mestring av stress hos pasienter som skal gjennomgå kirurgisk behandling på grunn av lungekreft?

Sammendrag:

Hensikt: å belyse hva kreftsykepleier kan bidra med for å skape best mulig mestring av stress og dermed forhåpentligvis også et best mulig sykehusopphold for pasienter som skal gjennomgå kirurgi på grunn av lungekreft. Fokus er satt på den preoperative periode.

Metode: artikkelen er en litteraturstudie med utgangspunkt i fire forskningsartikler.

Resultater: Artiklene som er valgt omhandler problemstillinger knyttet opp til det preoperative møtet med pasienten og omhandler samtale, kartlegging, informasjon og forberedelse til operasjon og til den postoperative fase. Artiklene gir forskjellig innfallsvinkel til problemområder som kan medføre psykisk stress hos pasientene. Artiklene belyser også måter stress kan reduseres og mestres.

Konklusjon: Kreftsykepleiere kan bruke tid på å bli kjent med pasienten gjennom samtale og kartlegging. Kartleggingsskjema kan brukes til å åpne samtalen og få oversikt over individuelle behov i forhold til informasjon, stress og mestringsmuligheter. Kreftsykepleiere som har mot til å snakke med pasienten om eksistensielle og dødsrelaterte bekymringer kan bidra til å redusere eksistensiell angst. Gjennom kartlegging og samtale kan spesielt sårbare og utsatte pasienter identifiseres og få særlig oppfølging og hjelp til mestring av stress.

Nøkkelord: lung neoplasms, preoperative care, stress, adaption

PREOPERATIVE MAPPING AND COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH LUNG CANCER.

-can the oncology nurse contribute to stress management in patients who will be undergoing surgery for lung cancer?

Abstract:

Objectives: To elucidate how the oncology nurse may contribute to better coping of psychological stress and thus also contribute to a good hospital stay for patients undergoing surgery for lung cancer. Focus is put on the preoperative period.

Method: this article is a literature study based on four research papers.

Results: The selected articles are dealing with issues related to the preoperative meeting with the patients and are discussing communicating, mapping, information and preparation for surgery and for the postoperative phase. The articles provide different approaches to problem areas that may cause mental stress and concerns in patients who are undergoing surgery.

Conclusion: Oncology nurses can spend time getting to know the patient through conversation and mapping. Mapping forms can be used to open up the conversation and to get an overview of individual needs in relation to information, stress and coping possibilities. Oncology nurses who have the courage to talk to patients about existential and death related concerns can help to reduce patients possible existential anxieties. Through mapping and conversation particularly vulnerable patients can be identified and can be given special attention and assistance to reduce and cope with their mental stress.

Keywords: lung neoplasms, preoperative care, stress, adaption

INTRODUKSJON

I Norge er lungekreft nå den nest hyppigste kreftformen blant menn og den tredje hyppigste blant kvinner (Brunsvig, 2010; Odd Terje Brustugun, 2014). I 2013 ble 2856 nye lungekrefttilfeller registrert i Norge (Kreftregisteret, 2015). Lungekreft er den enkeltstående kreftform som tar livet av flest mennesker i Norge og i 2013 stod lungekreft for i underkant av 20 % av dødsfallene av kreft her i landet. I tillegg medfører lungekreft det høyeste antall tapte leveår sammenlignet med andre kreftsykdommer i Norge (O. T. Brustugun, Moller, & Helland, 2014).

Prognosene for de som får lungekreft er generelt dårlig selv om 5 års relativ overlevelse er gått noe opp og lå i 2013 på 13,1 % for menn og 18,8 % for kvinner (Kreftregisteret, 2015). Best prognose har pasienter som diagnostiseres med lungekreft av typen ikke-småcellet lungekreft (NSCLC), hvor sykdommen oppdages i et tidlig stadium og hvor mulighet for kirurgi er tilstede. Cirka 20% av pasienter med lungekreft får per i dag tilbud om operasjon og det er ønskelig at dette antallet skal økes til 25% (Brunsvig, 2010).

Fem-års overlevelsen blant pasienter som blir operert på grunn av tidlig oppdaget NSCLC er opptil 65 %, mens langtidsoverlevelsen er 1 % hos dem som har spredning (Odd Terje Brustugun, 2014) på diagnosetidspunktet.

Pasienter som er henvist til kirurgi på grunn av lungekreft er derfor konfrontert med en svært alvorlig sykdom.

Det er gjort mye forskning relatert til pasienter med lungekreft. Det er blant annet vist at depresjon forlenger sykehusoppholdet for pasienter som gjennomgår thorax-kirurgi og at tidlig intervensjon og behandling for depresjon kan være et tiltak for å bedre resultater for disse pasientene (Kitagawa, Yasui-Furukori, Tsushima, Kaneko, & Fukuda, 2011). Det er også vist i undersøkelser at overlevelse av NSCLC postoperativt ofte har permanent redusert livskvalitet (Rauma, Sintonen, Rasanen, Salo, & Ilonen, 2015) og videre at høye nivåer av fysisk og psykisk stress har sammenheng med generelt nedsatt livskvalitet hos langtidsoverlevende av lungekreft (Pozo, DHSc, & Gray, 2014). Høyt psykologisk stress har også vist å kunne ha en sammenheng med høyere dødelighet ved lungekreft (Hamer, Chida, & Molloy, 2009).

Gjennom tidligere forskning ser vi at det er grunn til å diskutere mulige tiltak som kan hjelpe denne pasientgruppen gjennom videre utfordringer.

Hensikt

Hensikten med denne artikkelen er å presentere og gjennomgå metoder som kan bidra til å redusere stress og øke evne til mestring av stress hos pasienter med lungekreft.

Fokus i denne artikkelen er satt på den preoperative fasen hvor kreftsykepleier kan ha mulighet til å gjøre forberedelser som kan bidra til et godt sykehusopphold for pasientene.

METODE

Studie design

Denne artikkelen er basert på et litteraturstudie med utgangspunkt i fire forskningsartikler. Det er i tillegg brukt andre relevante artikler, faglitteratur i form av bøker samt anerkjente og kvalitetssikrede nasjonale nettsider.

Søkestrategi

Med hjelp fra bibliotekar har emneord i forhold til problemstillingen blitt funnet og artikkelsøk utført.

Følgende Mesh-termer har blitt brukt: «General Surgery» OR «Thoragic Surgey» OR «Preoperative period» OR «Preoperative Care» AND «Anxiety» OR «Quality of Life» OR «Mental Fatigue» OR «Emotions» OR «Self Efficacy» OR «Stress, Psychological» OR «Adaption, Psychological» AND «Lung Neoplasms/psychology». I tillegg har det blitt søkt på «last 10 years» AND «Danish (language)» OR «English» OR «Norwegian» OR «Swedish».

Det har blitt søkt i PubMed, Cochrane library , Cinahl samt Ovid/nursing og Ovid/psyc info.

Videre har håndsøk i aktuelle litteraturlister blitt utført.

Kriterier og avgrensninger

Kriteriene for valg av artikler har vært at de omhandler lungekreftpasienter i preoperativ fase. Vektleggingen har vært på psykologiske aspekter og behov hos pasienter med mistenkt lungekreft i preoperativ fase og kartlegging av behov med konsekvenser for den postoperativ fase.

Artikler nyere enn 10 år har blitt prioritert i utvelgelsen.

Både kvalitative og kvantitative artikler har blitt vurdert som aktuelle i søk.

Forskjeller i standardiserte måleredskaper og i spørreskjema har blitt akseptert.

Artikler som hovedsakelig har omhandlet operasjonsteknikker eller trening/fysiske øvelser har her blitt utelatt.

Det er i denne artikkelen ikke gått inn på kulturforskjeller eller mulighet for etniske ulikheter når det gjelder informasjonsbehov, opplevelse av stress eller bruk av mestringsstrategier.

RESULTAT

Søkeresultat

PubMed søk gav 22 treff, hvor 4 artikler ble vurdert som aktuelle. Søk i Cinahl ga 16 treff, hvor 2 ble vurdert som aktuelle. Ovid/psyc info ga 103 treff hvorav 8 var aktuelle og Ovid/nursing ga 129 treff hvor 8 var aktuelle. Søk i the Cochrane Library ga 0 treff.

Treffene har blitt sortert etter problemstillingens relevans. Etter gjennomgang av abstrakt har flere artikler blitt gjennomlest i sin helhet og blitt vurdert som aktuelle i forhold til problemstillingen. Hånd søk i referanselister og videre søk i forhold til forfattere ga funn av en norsk forskningsartikkel som ble inkludert her. Fire artikler har så blitt valgt ut som hovedgrunnlag til denne litteraturstudien.

Sammendrag av utvalg

De fire artiklene omhandler forskjellige problemstillinger knyttet opp til den preoperative kartlegging, samtale og forberedelse til operasjon og til den postoperative fase. De er valgt på grunn av forskjellig innfallsvinkel til identifisering av

problemområder og som kan gjøre det mulig for pasienter og behandlere å redusere stress og øke pasientens mestringsmulighet.

Utvalgt resultat

Det er valgt to amerikanske, en fransk og en norsk artikkel i dette arbeidet.

Det er brukt forskjellige tilnæringsmåter og metoder i artiklene: Conceptual Content Cognitive Map (3CM), Quality of Life(QoL)-spørreskjema, Psychological Global Well-Being Index (PGWBI), Questionnaire of Satisfaction of Hospitalized Patients (QSH), «Self-administered Comorbidity Score Questionnaire» (SCQ-19) samt «Memorial Symptom Assessment Scale» (MSAS). Ingen av resultatene fra valgte artikler vil derfor være direkte sammenlignbare, men artiklene kan likevel vise forskjellige problemstillinger og dermed forskjellige forslag til pasientrettede tiltak.

Artikkel 1 og 2

Blant valgte artikler er to skrevet av samme amerikanske forfatter, Rebecca H. Letho, og har et sykepleieperspektiv i forhold til pasienter med en ny kreftdiagnose som gjennomgå lungekirurgi på grunn av dette. Den første, «Identifying primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer» (Lehto, 2011), har blitt publisert i Oncology Nursing Forum. Letho's neste artikkel ble publisert i Clinical Journal of Oncology Nursing; «The challenge of existential issues in acute care: nursing considerations for the patient with a new diagnosis of lung cancer» (Lehto, 2012). Begge undersøkelser har blitt utført ved hjelp av halvstrukturerte intervjuer. Undersøkelsene har hatt henholdsvis 34 og 73 deltakere med ny lungekreft-diagnose.

Hensikten med den første artikkelen har vært å undersøke sykdomsforståelse og bekymring hos pasienter med ny-diagnostisert lungekreft før operasjon og 3-4 uker etter operasjon.

Sekundært var målet å undersøke kreftrelatert bekymring for å se om faktorer i miljøet rundt behandlingen, så som mottatt støttende behandling og egenansvar i forhold til behandlingsavtaler reduserer bekymring.

Funnene identifiserte områder som ved målrettet innsats kan redusere psykisk stress og fremme tilpasning, Studien viste at sykepleiere spilte en viktig rolle når det gjaldt å følge pasientene gjennom den tidlige fasen med kreftdiagnose og behandling.

Funnene tydeliggjorde viktigheten av at helsepersonell er klare til å vurdere, diskutere og lytte til de individuelle bekymringer relatert til sykdommen.

Hensikten med Lethos andre artikkel var å presentere eksistensielle bekymringer med tanke på døden pasienter med nyopptaget lungekreft kan ha. Videre var hensikten å hjelpe kreftsykepleier med å gjenkjenne praktiske strategier og ressurser som kan hjelpe pasientene til å akseptere og håndtere denne stressende og livstruende diagnosen. Ved for eksempel kartleggingssamtaler før behandling anbefales kreftsykepleier å sette av ekstra tid til å vurdere og samtale omkring eventuelle dødsrelaterte tanker hos pasientene. Kreftsykepleier kan hjelpe pasienten med å akseptere at eksistensielle tanker og bekymringer er vanlige og normale.

Artikkel 3

Fabrice Barlési med flere har utført en studie som omhandler betydningen av den preoperative informasjonens form med tanke på livskvalitet og fornøydhet hos pasienter med NSCLC: «Impact of Information on Quality of Life and Satisfaction of Non-small Cell Lung cancer Patients: A Randomized Study of Standardized versus Individualized Information before Thoracic Surgery», publisert i Journal of Thoracic Oncology (Barlesi et al., 2008). Studiens utgangspunktet er at de fleste kreftpasienter ønsker så mye informasjon som mulig. Her sammenlignes betydningen av skriftlig informasjon i tillegg til standard muntlig informasjon med tanke på livskvalitet og tilfredshet hos pasienter som gjennomgår lungekirurgi. 75 pasienter ble inkludert i en randomisert studie. Alle pasientene fikk individuell muntlig informasjon. Påfølgende fikk et randomisert utvalg pasienter et standardisert informasjonsskriv som repeterte den muntlige informasjonen.

Resultat og konklusjon etter denne studien var for forfatterne overraskende; pasientene som fikk skriftlig informasjon i tillegg til muntlig informasjon var i signifikant grad mindre fornøyd med sykehusoppholdet, da særlig i forhold til behandlingens struktur og i forhold til sykepleierne på avdelingen. Resultatene viste ellers ingen forskjell i opplevd livskvalitet i de to gruppene.

Artikkel 4

Artikkel fire er norsk, forfattet av Trine Oksholm med flere og publisert i Cancer Nursing; «Changes in Symptom Occurrence and Severity Before and After Lung Cancer Surgery.» (Oksholm et al., 2014). Hensikten med studien var å vurdere endringer av symptomer og alvorlighet av disse fra den preoperative periode og frem til

en måned etter kirurgi. Studien er en del av en større longitudinal studie av symptomer hos pasienter med lungekreft som gjennomgår kirurgi i Norge. 228 pasienter besvarte spørreskjema før og etter kirurgi.

Det konkluderes med at pasienter som opereres for lungekreft opplever et høyt antall symptomer postoperativt, særlig plagsomt var kortpustethet, energiløshet, smerter og døsigheit. Disse funnene kan brukes til å forbedre informasjonen pasienter mottar om et vanlig postoperativt forløp og om forventede symptomer. Undersøkelsen viser også at pasienter med et høyt antall symptomer før kirurgi trenger spesiell oppfølging da de har tendens til å oppleve et enda større antall symptomer etter operasjonen.

DRØFTING

De valgte artiklene viser resultater som tyder på at pasientenes behov, ressurser og mulige problemområder vil være nyttig å kartlegge før operasjonen. Høyt stressnivå hos pasienter preoperativt ser ut til å vedvare postoperativt om tiltak ikke blir satt i verk. Individuelt behov for informasjon om for eksempel forventede postoperative symptomer, fysiske og psykiske, kan avdekkes ved preoperativ kartlegging og samtale.

Undersøkelser i Lethos første artikkel tyder på at ved å identifisere pasientens individuelle bekymringer kan sykepleiere forstå hva som er mest angstskapende hos pasienten og dermed hjelpe pasienten med å øke innsikt og bevissthet. Ved å lytte til og besvare sykdomsrelaterte spørsmål kan kreftsykepleieren også bidra til at pasienten oppnår en høyere sykdomsinnsikt og at pasienten dermed vil samhandle for best mulig behandling (Lehto, 2011).

Psykologisk stress kan beskrives som et forhold mellom en person og dens omverden som personen vurderer som en belastning eller overskridelse av egne ressurser og som en trussel mot eget velvære (Lazarus & Folkman, 1984).

Hvis stressfaktorer forstås som meningsfulle og forståelige kan de gi motivasjon og kognitivt grunnlaget for mestring. Bedre forståelse kan hindre at spenning omdannes til stress (Antonovsky, 2012). Her kan eksempelvis behovet for å diskutere trening og eventuell røykeslutt komme inn da dette er tiltak som på sikt har vist å bedre pasientens helse og også bedre livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014 ; Hoffman et al., 2013; Lehto,

2011; Solberg Nes et al., 2012). Ved å gjøre pasienten til en aktiv deltaker i behandlingen kan man redusere bekymring og stress ved å kanalisere tankene over på aktiv handling (Lehto, 2011). Mestring vil da innebære å forholde seg hensiktsmessig til sykdommen og til egne reaksjoner (Lehto, 2012). Der det er stress er det også følelser (Lazarus, 1999) og mestring kan bety å forsøke å få kontroll på følelsene, få en bedre forståelse av situasjonen eller å få et praktisk grep om det som skal gjøres for at sykdommen skal bli minst mulig belastende (Eide & Eide, 2007; Lehto, 2011). Pendling mellom fornuft og følelser kan bidra til å emosjonell likevekt og psykisk stabilitet (Reitan, 2010). Hjelpere som kan møte forskjellige reaksjoner med en åpen og lyttende holdning er vesentlig (Eide & Eide, 2007; Lehto, 2011, 2013).

Mange føler sorg, skyld, skam og sinne knyttet til sin sykdom. Dette gjelder særlig for sykdommer som av mange oppleves som selvforskyldt (Lebel et al., 2013) eksempelvis vil lungekreft hos 85-90% av de rammede ha sin grunn i tobakksrøyking (Helsedirektoratet, 2014). Helsefremmende tiltak, som for eksempel røykeslutt, kan presenteres på en måte som hjelper pasientens tiltro til selv å kunne endre atferd. Pasientens opplevelse av mestringsforventning vil kunne påvirke prestasjonen i positiv retning (Reitan, 2010). Sykepleiere kan hjelpe pasientene ved å aktivt lytte til bekymringer angående røyking og støtte pasientene gjennom vanskelige følelser vedrørende røykeslutt (Lehto, 2011). Det kan trolig gi trygghet om kreftsykepleier formidler muligheter for oppfølging av røykeslutt etter utskrivelse hos eksempelvis Frisklivssentralen (Frisklivssentralen, 2015) eller ved hjelp av nettbaserte løsninger (helse.no, 2015).

Å få lungekreft vil for de fleste innebære å oppleve en traumatisk krise (Cullberg, 1994). Bearbeiding av tanker, følelser og reaksjoner for tidlig i pasientens akutte fase kan medføre at pasientens følelsesmessige reaksjoner forsterkes og kan gi kaos i pasientens følelsesliv (Reitan, 2010). Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Cullberg, 1994). Det å lære den syke å kjenne er en like effektiv og nødvendig sykepleieaktivitet som å utføre prosedyrer eller å gi fysisk omsorg. Vi må få innsikt i hvordan den enkelte pasient er vant til å takle påkjenninger og hvordan pasienten oppfører seg under vanskeligheter for å kunne gi meningsfylt hjelp (Travelbee, 1999). Sykepleiere kan i

større grad forsøke å sette av tid til å lytte til pasientens livsfortelling, da dette kan hjelpe pasienten med å skape mening og sammenheng i sin tilværelse (Reitan, 2010).

Å snakke om døden kan være vanskelig i situasjoner der fokuset ofte er på behandling og kurasjon (Lehto, 2011). Undersøkelser har vist at sykepleiere kan være redde for å sette i gang dødsrelaterte tanker hos pasienter som er i kurativ behandling (Lehto, 2012). Det kan likevel være riktig å øve seg på å bli trygg på å lytte til og diskutere pasientens bekymringer omkring døden sammen med denne. Ved å identifisere dødsrelaterte bekymringer tidlig kan man også lettere identifisere behov for mental støtte og tilbud (Lehto, 2011). For mange pasienter kan religiøse tanker være noe de vil ha nytte av å snakke om (Lehto, 2012). Religion kan for mange fungere som en fortolkningsramme og gi mening i vanskelige situasjoner (Reitan, 2010).

Lungekreftdiagnosen vil medføre stor grad av psykologisk stress og i mange tilfeller også depresjon (Oh et al., 2007). Depresjon har vist seg å være underrapportert og underbehandlet hos pasienter med lungekreft (Uchitomi et al., 2003).

Pasientene vil i tillegg ha en varierende grad av fysiske symptomer forbundet med sin kreftdiagnose. Fysiske symptomer, som for eksempel smerte og fatigue, vil kunne forsterke pasientens psykologiske stress (Dudgeon et al., 2012; Reitan, 2010).

Kreftsykepleiere kan eksempelvis ved hjelp av smertelindrende tiltak, informasjon og tilretteleggende tiltak ved fatigue og tiltak som kan lindre tungpust, bidra til å redusere pasientens totale stress. Kreftsykepleier kan kanskje også ved samtale bidra til at en eventuell depresjonstilstand avdekkes og at behandlingstiltak dermed kan iverksettes i forhold til dette.

Informasjonsbehovet for den enkelte pasient kan variere etter hvilken fase i behandlingen og egen bearbeiding pasienten har kommet til og må tilpasses den enkeltes behov (Reitan, 2010). Det finnes mange kartleggingsverktøy og forfatterne av de fire forskningsartiklene har også brukt forskjellige metoder og verktøy for å identifisere behov, symptomer og ressurser. Kjente kartleggingsverktøy så som Edmonton Symptom Assesment System (ESAS) (Dudgeon et al., 2012; Watanabe, Nikolaichuk, & Beaumont, 2012), Distress Thermometer (Lynch, Goodhart, Saunders, & O'Connor, 2010) eller Psychological Global/General Well Being Index (PGWBI) (Barlesi et al., 2006) vil trolig være nyttig for å innhente informasjon om hvordan pasientens psykiske

tilstand er og kan være en måte å åpne opp samtaler om eksistensielle, psykiske, fysiske og praktiske bekymringer. Dette vil trolig også kunne avdekke eventuelt generelt informasjonsbehov.

I et standardisert kirurgisk forløp vil pasienter med nyoppdaget lungekreft motta mye informasjon. Før operasjon vil pasienten motta informasjon fra blant andre pasientkoordinator, thoraxkirurg, anestesilege, fysioterapeut og sykepleiere. I Barlésis artikkel var utgangspunktet at de fleste pasienter med kreft ønsker så mye informasjon som mulig. Barlésis studie viste likevel at pasientene som fikk informasjon både muntlig og skriftlig viste lavere tilfredshet gjennom det kirurgiske behandlingsforløpet. Mange faktorer kan påvirke informasjonsbehovet samt evnen til å ta inn informasjon (Reitan, 2010). Disse faktorene kan være alder, kjønn, utdanningsnivå, tidligere sykdomserfaringer og hvor i kriseforløpet pasienten befinner seg.

I en tid der pasienter kan ha stor tilgang på informasjon blant annet fra internett, kan også en mestringsstrategi være å unngå eller distansere seg fra informasjon og bekymringsfulle tanker. Andre pasienter kan ha behov for hjelp til å nyttiggjøre og korrigere kunnskap de har søkt på internett (Reitan, 2010). Tidligere undersøkelse blant pasienter operert for brystkreft har også vist at både de som søkte informasjon hele tiden og de som stengte helt av under hele forløpet, hadde dårligere tilpasning til sin sykdom (Antonovsky, 2012). Å avpasse informasjonsmengden til den enkelte pasients behov ser derfor ut til å være gunstig for pasientens mulighet til mestring.

Den fjerde artikkelen, av Oksholm, omhandler endringer i fysiske symptomer før og etter lungekreftkirurgi. Preoperativ kartlegging av symptomer vil være viktig for å kunne gi pasienter med et høyt antall symptomer preoperativt ekstra oppmerksomhet i den postoperative fase. Oksholm viser også til tidligere undersøkelser som har vist at pasienter ønsker å vite hva de kan forvente etter gjennomført kirurgi, og at informasjon om hvilke symptomer og reaksjoner som er normalt i et vanlig postoperativt forløp kan være nyttig og kan redusere pasientenes bekymring. Andre undersøkelser understøtter dette; ved å kombinere faktainformasjon med sensorisk informasjon kan man styrke pasientens opplevelse av kognitiv kontroll (Reitan, 2010). Konsekvenser for praksis kan være å informere pasienter om det vanlige postoperative forløpet og om hva pasientens opplevelse kan være.

Personer som har et godt sosialt nettverk ser ut til å klare seg bedre gjennom kriser enn personer som ikke har dette (Eide & Eide, 2007). Det mest grunnleggende i all mestring er tilhørighet og det å ha noen å snakke med (Reitan, 2010). For den som lever sammen med andre, er enhver krise en felles opplevelse (Cullberg, 1994). Preoperativ kartlegging av pasientens sosiale nettverk vil være nyttig da nettverket vil kunne påvirke pasientens mestring. Pasienter med et svakt sosialt nettverk vil kunne trenge forsterket omsorg og støtte gjennom forløpet. Her kan tiltak som likemannsmøter (Lungekrefthforeningen, 2015), med pasientforeninger (Kreftforeningen, 2015; Lungekrefthforeningen, 2015), selvhjelpsgrupper, kurs- og mestringssentre (Montebellosenteret, 2015; Vardesenteret, 2015) eller henvisning til rehabiliteringsopphold gi pasienten en trygghet og dermed senke stress (Reitan, 2010).

KONKLUSJON

Kreftsykepleiers rolle i den preoperative fase kan utfra funnene i artiklene være å forsøke å kartlegge pasienten med lungekrefts behov, symptomer og ressurser. Gjennom kartlegging, tid til samtale, en åpen og imøtekommende holdning kan man forsøke å bli kjent med pasienten og få kunnskap om individuelle behov i forhold til sykdom, symptomer, informasjonsbehov, stress og mestringsmuligheter. Ved å kartlegge og identifisere kan man iverksette nødvendige tiltak som kan trygge pasienten og dermed redusere stress og gi et best mulig sykehusopphold. At kreftsykepleier har mot til å snakke om og akseptere dødsrelaterte tanker og følelser vil kunne hjelpe pasienten til å mestre og redusere eksistensiell angst. Ved kartlegging og samtale kan man identifisere ekstra sårbare pasienter som kan få særlig oppfølging og hjelp.

LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Trans.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Barlesi, F., Barrau, K., Loundou, A., Doddoli, C., Simeoni, M. C., Auquier, P., & Thomas, P. (2008). Impact of information on quality of life and satisfaction of non-small cell lung cancer patients: a randomized study of standardized versus individualized information before thoracic surgery. *J Thorac Oncol*, 3(10), 1146-1152. doi: 10.1097/JTO.0b013e3181874637
- Barlesi, F., Doddoli, C., Loundou, A., Pillet, E., Thomas, P., & Auquier, P. (2006). Preoperative psychological global well being index (PGWBI) predicts postoperative quality of life for patients with non-small cell lung cancer managed with thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*, 30(3), 548-553. doi: 10.1016/j.ejcts.2006.05.032
- Brunsvig, P. F. (2010). Lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 719 s. : ill.). Oslo: Akribe.
- Brustugun, O. T. (2014, 18.03.14). Oncolex, onkologisk oppslagsverk. *Oncolex*. Hentet 27.02, 2015, fra <http://www.oncolex.no/Lunge>
- Brustugun, O. T., Moller, B., & Helland, A. (2014). Years of life lost as a measure of cancer burden on a national level. *Br J Cancer*, 111(5), 1014-1020. doi: 10.1038/bjc.2014.364
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (C. Hambro, Trans.). [Oslo]: Aschehoug.
- Dudgeon, D., King, S., Howell, D., Green, E., Gilbert, J., Hughes, E., . . . Sawka, C. (2012). Cancer Care Ontario's experience with implementation of routine physical and psychological symptom distress screening. *Psychooncology*, 21(4), 357-364. doi: 10.1002/pon.1918
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Frisklivssentralen. (2015). Frisklivssentralen. Hentet 23.03.15, 2015, fra <http://frisklivssentralen.no/kurs/roykeslutt/>

- Hamer, M., Chida, Y., & Molloy, G. J. (2009). Psychological distress and cancer mortality. *Journal of psychosomatic research*, 66(3), 255-258.
- helse.no. (2015). helse.no. Hentet 23.03.15, 2015, fra <https://helsenorge.no/avhengighet-og-royk-og-snus/snus-og-roykeslutt>
- Helsedirektoratet. (2014). *Pakkeforløp for lungekreft*. (978-82-8081-349-7). Helsedirektoratet.
- Hoffman, A. J., Brintnall, R. A., Brown, J. K., Eye, A., Jones, L. W., Alderink, G., . . . Vanotteren, G. M. (2013). Too sick not to exercise: using a 6-week, home-based exercise intervention for cancer-related fatigue self-management for postsurgical non-small cell lung cancer patients. *Cancer Nurs*, 36(3), 175-188. doi: 10.1097/NCC.0b013e31826c7763
- Kitagawa, R., Yasui-Furukori, N., Tsushima, T., Kaneko, S., & Fukuda, I. (2011). Depression increases the length of hospitalization for patients undergoing thoracic surgery: a preliminary study. *Psychosomatics*, 52(5), 428-432. doi: 10.1016/j.psych.2011.03.010
- Kreftforeningen. (2015). Kreftforeningen. Hentet 22.03.15, 2015, fra <https://kreftforeningen.no/om-kreftforeningen/>
- Kreftregisteret. (2015, 09.03.2015). Fakta om kreft<lungekreft. Hentet 10.03.15, fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Lungekreft/>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lebel, S., Castonguay, M., Mackness, G., Irish, J., Bezjak, A., & Devins, G. M. (2013). The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. *Psychooncology*, 22(1), 140-152. doi: 10.1002/pon.2063
- Lehto, R. H. (2011). Identifying primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, 38(4), 440-447. doi: 10.1188/11.onf.440-447

- Lehto, R. H. (2012). The challenge of existential issues in acute care: nursing considerations for the patient with a new diagnosis of lung cancer. *Clin J Oncol Nurs*, 16(1), E4-11. doi: 10.1188/12.cjon.e1-e8
- Lehto, R. H. (2013). Pre- and postoperative self-reported cognitive effectiveness and worry in patients with suspected lung malignancy. *Oncol Nurs Forum*, 40(3), E135-141. doi: 10.1188/13.onf.e135-e141
- Lungekreftforeningen. (2015). Lungekreftforeningen. Hentet 22.03.15, 2015, fra <http://www.lungekreftforeningen.no/index.php/likepersonstilbudet>
- Lynch, J., Goodhart, F., Saunders, Y., & O'Connor, S. J. (2010). Screening for psychological distress in patients with lung cancer: results of a clinical audit evaluating the use of the patient Distress Thermometer. *Support Care Cancer*, 19(2), 193-202. doi: 10.1007/s00520-009-0799-8
- Montebellosenteret. (2015). Montebello - nytt perspektiv på livet. Hentet 22.03.15, 2015, fra <http://www.montebellosenteret.no/Om-vare-kurs/Ulike-kurstyper/>
- Oh, S., Miyamoto, H., Yamazaki, A., Fukai, R., Shiomi, K., Sonobe, S., . . . Sakao, Y. (2007). Prospective analysis of depression and psychological distress before and after surgical resection of lung cancer. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*, 55(3), 119-124. doi: 10.1007/s11748-006-0084-4
- Oksholm, T., Miaskowski, C., Solberg, S., Lie, I., Cooper, B., Paul, S. M., . . . Rustoen, T. (2014). Changes in Symptom Occurrence and Severity Before and After Lung Cancer Surgery. *Cancer Nurs*. doi: 10.1097/ncc.0000000000000198
- Pozo, C. L. P., DHSc, M. A. A. M., & Gray, J. E. (2014). Survivorship Issues for Patients With Lung Cancer. *Cancer Control*, 21(1).
- Rauma, V., Sintonen, H., Rasanen, J. V., Salo, J. A., & Ilonen, I. K. (2015). Long-term lung cancer survivors have permanently decreased quality of life after surgery. *Clin Lung Cancer*, 16(1), 40-45. doi: 10.1016/j.clc.2014.08.004

- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 719 s. : ill.). Oslo: Akribe.
- Solberg Nes, L., Liu, H., Patten, C. A., Rausch, S. M., Sloan, J. A., Garces, Y. I., . . . Clark, M. M. (2012). Physical activity level and quality of life in long term lung cancer survivors. *Lung Cancer, 77*(3), 611-616. doi: 10.1016/j.lungcan.2012.05.096
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Trans.). Oslo: Universitetsforl.
- Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, T., & Okamura, H. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol, 21*(1), 69-77.
- Vardesenteret. (2015). Vardesenteret. Hentet 22.03.15, 2015, fra <https://kreftforeningen.no/vardesenteret/om-vardesentrene/>
- Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C. L., & Beaumont, C. (2012). The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psychooncology, 21*(9), 977-985. doi: 10.1002/pon.1996