



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGÅVE**

**Fatigue utfordrar livskvaliteten**

**Korleis bidra til livskvalitet hjå kreftpasientar i palliativ fase med  
fatigue**

**SK 152**

**Bachelor i sjukepleie**

**Avdeling: Helsefag**

**Innleveringsdato: 02.06.2017**

**Tal ord: 7000**

**Namn: Nina Lovise Høsteland**

**Rettleiar: Marianne Fjose**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen*

# Samandrag

## Tittel

Fatigue utfordrar livskvaliteten

## Bakgrunn

Kreftsjukeleie er noko eg har stor interesse for. Eg har arbeida ved ei kreftavdeling der eg har observert at pasientar med kreft i palliativ fase er plaga med mange symptom. Eg har observert at fatigue er eit lite diskutert symptom til tross for at veldig mange pasientar plagast med det. Eg har lurt på korleis dette symptomet påverkar livskvaliteten til pasientane, og om det er noko sjukepleiar kan gjere for å betre effekten det har på livskvaliteten.

## Problemstilling

Korleis bidra til livskvalitet hjå kreftpasientar i palliativ fase med fatigue.

## Framgangsmåte

Dette er eit litteraturstudie, der eg har gjort metodiske søk etter skriftlege kjelder til å finne svar på min problemstilling. Eg har vurdert kjeldene kritisk etter retningslinjene og basert oppgåva på eksisterande litteratur om emnet. Eg har drøfta problemstillinga ut i frå teori, forskning og eigne erfaringar.

## Oppsummering

Forskinga og litteraturen på området viste klare samanhengar mellom fatigue og redusert livskvalitet, sjølv om eg ikkje fann ein artikkel som klart viste korleis fatigue påverkar livskvalitet, rapporterte pasientane som deltok i undersøkingane at trøttheit, konsentrasjonsvanskar og melankoli var utfordringar for dei i dagleglivet som påverka deira livskvalitet. Årsaksmekanismane som skapar fatigue er delvis ukjent og det finnes difor ingen klare behandlingsprogram for kreftpasientar med fatigue. Tiltak sjukepleiar kan utføre er å observere og behandle underliggende årsaker, motivere til aktivitet og foreta ei vurdering av pasientens psyke.

Nøkkelord: kreft, livskvalitet, fatigue.

## Innhold

1 Innleiing .....	1
1.1 Problemstilling .....	1
1.1.2 Definisjon av omgrep i problemstillinga .....	2
1.2 Vidare løysing av oppgåva .....	2
2 Metode .....	3
2.1 Søkeprosessen .....	3
2.2 Søk etter anna litteratur .....	4
2.3 Kjeldekritikk .....	5
3 Teori .....	6
3.1 Symptom i palliativ fase .....	6
3.2 Fatigue .....	6
3.2.1 Tiltak ved fatigue .....	7
3.3 Livskvalitet .....	8
4 Resultat og funn .....	10
5 Drøfting .....	13
5.1 Det fysiske området .....	14
5.2 Det psykologiske området .....	16
5.3 Sosiale relasjonar og nivå av uavhengnad .....	18
6 Konklusjon .....	20
Litteratur .....	21
Vedlegg 1 – søkeprosessen etter forsking .....	0
Vedlegg 2 – søkeprosessen etter forsking .....	0

# 1 Innleiing

Årleg blir meir enn 31 600 personar i Noreg diagnostisert med sjukdommen kreft, noko som indikerer at mange tusen menneske har behov for spesialisert helsehjelp (Reitan, 2017, s. 34). Risikoen for å utvikle kreftsjukdom aukar betydeleg med alderen og befolkninga i Noreg blir stadig eldre, noko som ein forventar vil føre til ei drastisk auke av kreftpasientar framover (Schjøllberg, 2017 ss. 332-333; Kaasa & Loge, 2016, s. 46). Dei fleste dødsfall skjer borte frå heimen, og i Noreg dør 88% av alle kreftpasientar ved ein institusjon eller sjukehus (Brenne & Estenstad, 2016, s. 162).

Eg har vald å skrive om livskvalitet til palliative pasientar med kreft som er plaga med fatigue i min bacheloroppgåve. Grunnlaget for mitt val av tema kjem av at eg alltid har hatt stor interesse for sjukdommen kreft og kreftbehandling. Som del av min studietid har eg fått vere i praksis ved kreft sengepost, der eg i ettertid har arbeida som assistent ved same avdeling. Gjennom mitt arbeid på kreftavdelinga har eg møtt pasientar med mange forskjellige problemstillingar og utfordringar som rammar dei både fysisk, psykisk og sosialt. Eg har observert at mange klagar over trøttheit og mangel på «ork». Fatigue er eit symptom som er til stades hjå 50% av pasientane med palliativ kreftsjukdom (Kaasa & Loge, s. 47).

Desse erfaringane saman med symptomførekomen av fatigue gjer at eg er nysgjerrig på korleis tilstanden fatigue utfordrar livskvaliteten til pasientane, og korleis eg som sjukepleiar kan betre livskvaliteten til palliative kreftpasientar. I følgje WHO sin definisjon om palliasjon er målet av all palliativ behandling/omsorg/pleie å oppnå best mogleg livskvalitet (Ribu, 2017, s.50).

## 1.1 Problemstilling

*Korleis bidra til livskvalitet hjå kreftpasientar i palliativ fase med fatigue.*

For å avgrense problemstilling har eg vald å ha fokus på vaksne kreftpasientar som er i palliativ fase av behandlinga. Pasientane er innlagd på kreftavdeling ved eit sjukehus og er plaga med kronisk fatigue. Pasientane skal ikkje vere i terminal fase, og eg fokuserer ikkje på andre sjukdommar pasientane er plaga med. Eg har ikkje fokus på pårørande.

### 1.1.2 Definisjon av omgrep i problemstillinga

Eg brukar WHO sin definisjon av palliasjon frå 2002 til å forklare kva palliativ omsorg, behandling og pleie er.

*«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som e del av livet» (sitat i Ribu, 2017, s. 50).*

### 1.2 Vidare løysing av oppgåva

Først vil eg gjere greie for kva metode eg har brukt, min søkeprosess etter kunnskap og kjeldekritikk. I teorikapitlet presenterar eg relevant teori for å kunne svare på problemstillinga. Eg har delt kapitlet inn i tre deler, der eg presenterer teori om symptomförekomst hjå pasientar i palliativ fase, fatigue og livskvalitet. Resultat og funn er det fjerde kapitlet, der eg gjer greie for metode og funn i forkinga eg brukar. Drøftingskapitlet har eg delt inn i tre delar, der eg tar utgangspunkt i WHO sin definisjon av livskvalitet til å drøfte dei ulike problemområda. Eg avsluttar oppgåva med ein konklusjon og oppsummering av det eg har kome fram til.

## 2 Metode

Ifølge Vilhelm Aubert er «Metode en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

Eg har i denne oppgåva vald å bruke litteraturstudie som metode. Ved eit litteraturstudie beskriver ein framgangsmåten ein nyttar for å finne fram til påliteleg og god kunnskap. Ein nyttar i hovudsak skriftlege kjelder, der ein tek utgangspunkt i tematikken i problemstillinga under søk etter litteratur. I eit litteraturstudie kan ein finne skriftlege kjelder som forskning, lovverk, retningslinjer og bøker (Dalland, 2012, s. 132, ss. 223-228).

Forskningsartiklar brukar enten kvantitativ metode eller kvalitativ metode for å finne data. Dei ulike metodane gir ulike typar kunnskap. Den kvantitative metoden brukar målbare tall, og ein kan ved bruk av denne metoden finne gjennomsnittet eller kva prosentdel som f. eks brukar bil kvar dag. Den kvalitative metoden er interessert i meiningar, erfaringar og opplevingar som ikkje er målbare eller kan forklarast i tal (Dalland, 2012, s. 112).

Til denne oppgåva har eg først og fremst søkt etter kvalitative studiar med opplevingar fordi eg ønsker kunnskap om korleis pasientane opplever sin fatigue. Eg har søkt etter kvantitative artiklar som målar effekt av tiltak med fysisk aktivitet i forhold til livskvalitet, og gjennomsnittleg livskvalitet til palliative kreftpasientar.

### 2.1 Søkeprosessen

Søk etter forskning og litteratur er søkt i databasane Academic Search Elite (ASE), der eg har inkludert søk i MEDLINE og Cinahl. Eg har brukt Svemed+ for å finne engelske søkeord og engelske synonymord.

Den 11.05.17 søkte eg i ASE med kryssing for søk i Medline og Cinahl. Det første søkeordet var *cancer*, noko som gav 291 867 treff. Eg søkte deretter på synonymordet *neoplasms* som gav 3 105 868 treff og *oncology* som gav 801 065 treff. Desse tre kombinerte eg med OR til eitt søk som gav 4 513 154 treff (Seinare referert til som A). Vidare søkte eg på *palliative care* som gav 115 797 treff, *terminal care* som gav 47 762 treff og *hospice care* som gav 26 014 treff. Når eg kombinerte desse tre synonymorda med OR gav det 158 882 treff (B). Deretter søkte eg på *quality of life* som gav 569 561 treff (C), *fatigue* som gav 205 789 treff (D), *experience* som gav 1 525 015 treff (E) og *qualitative research* som gav eit treff på 110 405 (F).

Etter dette kombinerte eg søk A AND B AND C AND D AND E AND F. Dette gav 1 søkeresultat, som dessverre ikkje var relevant for mi oppgåve. Eg kombinerte då A AND B AND C AND E AND F som gav

åtte artiklar. Blant desse artiklane fann eg artikkelen *Palliative Cancer Patients' Experience of Physical Activity* (Gulde, Oldervoll & Martin, 2011). Visar til "vedlegg 1".

Eg føretok eit nytt søk, der eg kombinerte A AND B AND C, som gav eit søkeresultat på 10 914. Deretter avgrensa eg publiseringåret til 2013 – 2017 som gav 3 688 treff. Dette var fortsatt for mange treff, og eg kombinerte då søket med D, som gav eit søketreff på 402. Blant desse artiklane fann eg *Associations between unmet needs and quality of life in hospitalized cancer patients no longer receiving ant-cancer treatment* (Buzgova, Hajnova, Sikorova & Jarosova, 2014). Visar til "Vedlegg 2."

Eg har føretatt manuelt søk i litteraturlista til Gulde et. al (2011), der eg fann forskingsartiklane *The Effect of a Physical Exercise Program Care: A Phase II Study* (Oldervoll, Loge, Paltiel, Vidvei, Wiken, Hjemestad & Kaasa, 2006) og *Associations Between Physical Activity and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Pilot Survey* (Lowe, Watanabe, Baracos & Courneya, 2009).

Det har vert vanskeleg å finne forskning som er relevant for min problemstilling, spesielt kvalitativ forskning har vert utfordrande. Eg fekk tips av min rettleiar til to kvalitative forskingsartiklar som eg har vald å bruke, *The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: A qualitative study* (Luoma & Hakameis-Blomqvist, 2004), og *Living with Metastatic Breast Cancer: A Qualitative Analysis of Physical, Psychological, and Sossial Sequelae* (Mosher, Johnson, Dickler, Norton, Massie & DuHamel, 2013)

## 2.2 Søk etter anna litteratur

Søk etter bøker og anna faglitteratur har eg gjort via Oria. Søkeorda eg har brukt er *kreft, cancer, livskvalitet og fatigue*. Bøker eg har funne fram til ved søk i Oria;

Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling skriven av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. Boka handlar om sjukepleie til kreftpasientar, og forklarar godt og grundig innanfor alle tema (Reitan & Schjølberg, 2017).

Palliasjon, nordisk lærebok (Kaasa & Loge, 2016), som beskriver godt og grundig kva palliasjon er og korleis utføre sjukepleie til palliative pasientar.

Eg fekk tips frå lærar om boka *Håp og livskvalitet* (Rustøen, 2001), som forklarar grundig kva som ligger i omgrepet livskvalitet.

Boka *Livskvalitet, forskning om det gode liv* (Næss, Moum & Eriksen 2011) fekk eg tips om frå medstudent. Eg har brukt boka til å finne kunnskap om livskvalitet.

Gjennom mitt søk har eg også føretatt manuelt søk av pensum lista og brukt dei kjeldene eg ser som relevant for mi oppgåve. Bøker eg har brukt er; .

Metode og oppgåveskriving (Dalland, 2012), Riktig Kildebruk (Erikson, 2010) og Jobb kunnskapsbasert (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim & Reinar, 2012) som eg har brukt til å få ei betre forståing av metodebruk, kva eit litteraturstudie er og korleis vurdere kjelder.

### 2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er dei metodane som brukast for å finne ut om ei kjelde er truverdig (Dalland, 2012, s. 67). I mitt søk etter litteratur har eg søkt etter både primærkjelder og sekundærkjelder.

Forskningsartiklane eg brukar er primærkjelder, publisert i internasjonale distribusjonar som er kvalitetssikringsteikn som sikrar meg i at kunnskapen i kjeldene er sikre. Det er ein vanleg oppfatning at artiklar i vitskapelege tidsskrifter har høgare status enn bøker. Viss forfattaren ikkje er ein stor autoritet, kan vi dele kjeldene etter kva publikasjon det er snakk om. Tidsskriftsartikkel, bok eller konferanserapport. Et ytterlegare vurderingskriterium er at viss publikasjonen vidare vert betrakta som internasjonal, vil det indikere høgare status då den publiserast i eit forum som har internasjonal distribusjon (Erikson, 2010, ss. 32-33). Vidare har eg nytta IMRAD prinsippet under vurdering av forskingsartiklar (Nordtvedt et al., 2012). Søkemotorane eg har nytta er godkjente av høgskulen, noko som eg ser som eit kvalitetsteikn. Eg har søkt etter artiklar skriven på engelsk for å få eit breiare søkeresultat, noko som er ein styrke. Artiklar skriven på engelsk kan også være eit svakheitsteikn, då eg kan miste litt av innhaldet av teksten når ein les eit anna språk enn morsmålet.

Bøkene eg har nytta er sekundærkjelder skriven på norsk, mange av bøkene kommer frå pensum lista over bøker vi skal nytte i utdanninga, noko som er eit teikn for meg at dei er godkjente og gode kjelder. Vidare har eg funne sekundærkjeldene ved søk i Oria, som er godkjent søkemotor av høgskulen, som gjer at eg vel å stole på kjeldene.

Eg har hovudsakeleg prøvd nytte litteratur som er mindre enn ti år gammal. Ein svakheit med oppgåva mi er at to av forskingsartiklane er eldre enn ti år, men eg har likevel vald å nytte desse grunna relevansen til min problemstilling.

Ein annan svakheit er boka Håp og Livskvalitet av Rustøen (2001), som er over ti år gamal. Eg har likevel vald å nytte denne som supplerande informasjon til boka Livskvalitet, forskning om det gode liv av Næss, Moum og Eriksen (2011), då eg hadde vanskar for å forstå språket i Næss, Moum og Eriksen sin bok. Ein styrke med boka til Næss, Moum og Eriksen (2011) er Siri Næss, som er medforfattar og har laga definisjonen eg brukar om livskvalitet. Eg har også nytta Rustøen sin Håp og Livskvalitet til å oversette definisjonen til WHO om livskvalitet til norsk. World Health Organization (2002) kom ut med ny definisjon av livskvalitet i 2002 som erstatning for den gamle frå 1995. Eg har dobbelsjeka litteraturen i Rustøen (2001) opp mot den nye definisjonen når eg har nytta hennar bok.



## 3 Teori

### 3.1 Symptom i palliativ fase

Det er godt dokumentert i mange studiar at pasientar med palliativ kreftsjukdom har mange plagar. Mange av de kan direkte skyldast kreftsjukdommen, medan andre plagar kan være biverknadar av opioidar. I studien til Laugstad mfl. som Kaasa og Loge (2016) siterer, er opp til 50% av pasientane plaga med slappheit (fatigue), 31% er plaga med smerter, 28% er plaga av angst, 26% er plaga med redusert matinntak, 18% er plaga med obstipasjon, 18% er plaga med depresjon, 15% er plaga med dyspné, 15% med søvnproblem og 9% med kvalme. Gjennomsnittleg har pasienten meir enn tre plagsame symptom samtidig. Det er ikkje alltid at pasientens opplevde behandlingsbehov samsvarar med behandlaren, og det er derfor viktig med ei brei symptomkartlegging og avklaring med pasienten om kva som skal vere prioriterte behandlingsmål. Fatigue er eit symptom som er til stades i alle fasar av kreftsjukdom, men det er i palliativ fase vi som sjukepleiar møter pasientane mest (Kaasa & Loge, 2016; Schjøberg, 2017, ss. 153-156).

### 3.2 Fatigue

National Comprehensive Cancer Network har definert kreftrelatert fatigue som en «*subjektiv følelse av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet på grunn av redusert energi. Denne tilstanden av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet kan oppleves som en tretthet eller svakhet som ikke forsvinner ved hvile eller søvn*» (sitert i Schjøberg, 2017, s.153). Fatigue vert omtala som eit av dei mest stressande og plagsame symptom kreftpasientane kan få, og pasientane sjølv beskriver det som det symptomet som påverkar dei mest i kvardagen (Schjøberg, 2017, ss. 158-161).

Ein skil mellom akutt fatigue og kronisk fatigue. Akutt fatigue er trøttheit og slappheit som kjem plutselig etter lett aktivitet som ein normalt ikkje ville blitt trøtt av, men kan også komme utan grunn. Kronisk fatigue er unormal og uvanleg sterk trøttheit over tid. Kronisk fatigue er trøttheit som varar etter at stimulusen som har forårsaka den er borte, som f. eks cellegiftbehandling (Schjøberg, 2017, s. 154).

Fatigue kan være eit debutsymptom, eit symptom på aktiv eller terminal sjukdom eller ein biverknad til behandling. Det ser også ut som at tilstanden forverrar seg ved progresjon av sjukdom (Schjøberg, 2017, s. 154). Det er framleis ukjent kva som utløyer fatigue, sjølv om ein er sikker på at det ligg mange ukjente årsaksmekanismer bakom. Det er også delvis ukjent kva som forverrar eller eventuelt lettar fatigue, noko som gjer behandling mot det vert utfordrande (Schjøberg, 2017, s. 156).

Fatigue er forstått som eit endepunkt for ulike biologiske og psykologiske forhold, eller som eit samverke mellom desse. Nokre årsaksmekanismer som ein trur moglegvis kan utløye fatigue, er

oppopping av intracellulære avfallsstoff, stoffskifteprodukt og nedbrytingsprodukt frå tumorar etter kjemoterapi eller strålebehandling. Kreft førar ofte til anoreksi, metabolske endringar og dårleg allmenntilstand, som kan føre til trøttheit og redusert energi. Anemi, som er ein del av symptoma til kreft, reduserer blodets evne til å transportere oksygen, noko som førar til kort pust og trøttheit. Ubalanse i kroppsvæsker og elektrolyttar førar til kraftlausheit. Emosjonelt stress saman med engstelse og tristheit kan også være årsaker til fatigue, samtidig som endringar i daglege rutinar også kan bidra. Pasienten kan oppleve forandringar i kvardagen med endra søvnmønster, spisevaner og arbeidsmønster (Schjølberg, 2017, ss. 156-157).

### 3.2.1 Tiltak ved fatigue

Sidan det ikkje finns noko klart svar på behandling mot fatigue, er målet for sjukepleiarar å hjelpe pasienten med tiltak som kan redusere dei negative symptoma og verknaden den har på pasientens livskvalitet. Fatigue er underrapportert på grunn av at det ikkje er adekvate evalueringsmetodar til stade, og difor er eit av dei første måla at både sjukepleiar og pasient snakkar om fatigue (Schjølberg, 2017, ss. 158-161).

For å kartlegge fatigue er det anbefalt å bruke sjølvrapportering gjennom spørjeskjema sidan det er subjektivt og ikkje mogleg å måle klinisk, og dermed ikkje er synleg. Det er for at pasientens situasjon skal fangast opp best mogleg. Internasjonalt er det ikkje avklart ein bestemt måte å måle fatigue på, i Noreg er det vanleg å bruke *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* for å kartlegge symptom (Schjølberg, 2017, ss. 155-159; Ribu, 2017, s. 58).

Det er mogleg for pasientar som opplever fatigue å auke energinivået med å være i fysisk aktivitet. Det er understreka at det også er viktig for med mental aktivitet, og pasientane er anbefalt å utføre aktivitetar som får tankane vekk i frå sjukdommen og tilstanden, som å lese bok eller sjå fjernsyn (Schjølberg, 2017, s. 163).

Psykososiale intervensjonar inkluderer psykologiske behandlingsformer, opplæring og psykososiale støttetiltak. Kognitiv åtferdsterapi minkar nivået av fatigue hjå kreftpasientar på både kort og langt sikt (Schjølberg, 2017, s.163). Det er viktig at pasientar får informasjon om at fatigue er ein vanleg biverknad av kreft og kreftbehandling, og at fatigue er noko nesten alle pasientar opplever i varierende grad. Viss pasienten ikkje har fått informasjon om at det er ein vanleg biverknad, kan han/ho lett tru at det er progresjon av sjukdom noko som skapar unødvendig angst og uro, eller at det er eit problem som det ikkje kan gjerast noko med. Pasientar har gitt uttrykk for at auka kunnskap om tilstanden gjer dei betre rusta til å takle fatiguen den tida den varar (Schjølberg, 2017, ss. 160-161) . Det er anbefalt at pasientane setter opp langsiktig og kortsiktige mål for korleis dei skal takle problemet. Måla må vere realistiske og gjennomførbare, då måla elles kan skape skyldkjensle, stress,

engsting og utmatting når det viser seg at han/ho ikkje klarar å gjennomføre dei. Det er også anbefalt at pasientar skriv dagbok/logg om symptoma dei opplever, for å få ei betre kartlegging. Pasienten skal også notere andre symptom enn fatigue, som smerter og kvalme, då symptom som smerter og kvalme/oppkast kan gjere pasienten sliten og trett, og trenger separert behandling (Schjøberg, 2017, ss. 161 – 163)

Medikamentell behandling har i hovudsak omfatta erytropoestimulerande legemidlar, psykostimulerande legemidlar, bisfosfonanter, antidepressiver og progestagener. Viss fatigue skyldast anemi grunna sjukdom eller behandling kan trøttheitskjensla som følgje av anemi behandlast med erytopoirtin eller ekstra vitamin og jern gjennom kosthald eller tablettar (Schjøberg, 2017, s.163).

### 3.3 Livskvalitet

Når vi skal definere omgrepet livskvalitet må ein sette seg inn i kva del av livet ein snakkar om, då omgrepet livskvalitet er i bruk innan mange forskjellige fagfelt. I ein helsefagleg samanheng vil ein derfor bruke omgrepet helserelatert livskvalitet som er eit multidimensjonalt omgrep som inneheld både fysiske, psykiske, sosiale og åndelege forhold (Ribu, 2017, ss. 51-52; Næss, 2011, ss. 15-26; Rustøen, 2011, s. 15).

Per i dag finns det ingen anerkjent definisjon av omgrepet livskvalitet, men ein mykje brukt definisjon er Siri Næss sin definisjon frå 2011; *«en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative»* (sitert i Ribu, 2017, s. 53).

Næss bruker omgrepet livskvalitet og «å ha det godt» om ein annan og som synonymord (Næss, 2011, s. 16). Livskvalitet omfattar her både opplevingar gjennom kjensler som glede og kjærleik, og kognitive opplevingar som vurderingar, tankar og oppfatningar. God livskvalitet er å ha det godt, ha gode kjensler og opplevingar og positive vurderingar av eige liv. Næss definerer livskvalitet som et psykologisk/subjektivt fenomen, og ikkje som eit materielt/objektivt fenomen, ho framhevar at livskvalitetsomgrepet er eit verdiomgrep og ikkje fråvær av negative opplevingar. Når omgrepet er eit subjektivt/psykologisk fenomen, tydar det at god livskvalitet vil variere etter pasienten sine verdier og syn på verda. Livskvalitetsomgrepet knytast til tilstandar som ei i forandring, då ein person kan være lykkeleg i nokre periodar og ulykkeleg i andre periodar (Ribu, 2017, s. 53). Det er fordi det å ha det godt er meir enn å ikkje ha det vondt. Livskvalitet går inn i enkeltmennesket psykiske velvære, mennesket oppleving eller kjensle av å ha det godt og ei grunnstemning av glede. (Næss, 2011, ss. 16-19).

Verdas helseorganisasjon har også definert livskvalitet, definisjonen er i frå 2002. «*Enkeltmenneskets oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventningar, hvordan de ønsker livet skal være og kva de er opptatt av*» (sitert i Rustøen, 2001, s. 21; World Health Organization, 2002).

WHO spesifiserer definisjonen vidare i seks domen av livet, med underspesifisering for kvart område. Denne definisjonen viser tydeleg at livskvalitet er eit subjektivt fenomen som tar utgangspunkt i personens eigen vurdering og posisjon i livet.

*Det fysiske området* som rommar smerte og ubehag, energi og trøttheit, søvn og kvile. *Det psykologiske området* som rommar positive kjensler, tenking, læring, hukommelse og konsentrasjon, sjølvbilete, kroppsbilete og utsjånad samt negative kjensler. *Nivå av uavhengigheit* som rommar mobilitet, kvardagslege aktivitetar, avhengigheit av medisin og behandling samt arbeidsmoglegheit. *Sosiale relasjonar* som rommar personlege forhold, praktisk sosial hjelp samt seksuell aktivitet. *Omgevingadar* som rommar fysisk trygghet og sikkerheit, heimeomgevingadar, økonomiske resursar, tilgjengelegheit og kvalitet i forhold til helse og omsorgstilbod, moglegheit til å tileigne seg ny informasjon og ferdigheit, deltaking i og moglegheiter for fritidsaktivitetar samt transportmoglegheit. Til slutt *åndelegheit, religion, personleg tru*, er ikkje spesifisert vidare (Rustøen, 2001, s. 21; World Health Organization, 2002).

## 4 Resultat og funn

### **Nr. 1 Palliative Cancer Patients' Experience of Physical Activity** (Gulde et al., 2011)

Artikkelen er ein kvalitativ forskingsartikkel frå Sverige som undersøkte korleis fysisk aktivitet kunne påverke pasientanes kvardag, korleis pasientane opplevde trening med vegleiing frå fysioterapeutar, og kva tankar pasienten har om fysisk aktivitet. Data blei samla med kvalitativ metode. Analyse av intervju viste stor samanheng mellom fire store tema; rutinar i kvardagen, mindre fatigue, profesjonell vegleiing og håp.

Gulde et al (2011) konkluderte med at fysisk aktivitet gav struktur og rutinar i kvardagen og at fysisk aktivitet førte til auka velvære, både mentalt og fysisk, og at enkelte pasientar hadde ei kjensle av mindre fatigue etter fysisk aktivitet.

### **Nr. 2 Associations between Physical Activity and quality of life in cancer patients receiving palliative care: A pilot study** (Lowe et al., 2009)

Formålet med studien var undersøke samanhengen mellom sjølvrapportert fysisk aktivitet, livskvalitet, fysisk funksjonsnivå og symptom hjå pasientar med palliative kreftsjukdom. Kvantitativ metode er brukt for å samle inn data og skrive artikkelen. Det var femti deltakarar i undersøkinga, som fylte ut to forskjellige kartleggings skjema, desse vart utfylt før dei byrja programmet og ved programmets slutt.

På grunn av obsevasjons-naturen av denne studien, har forskarane bak studien sjølv konkludert med at dei ikkje kan antyde grunn-effekt forhold mellom fysisk aktivitet og livskvalitet hjå palliative kreftpasientar. Det dei kan konkludere med er at resultatene visar positiv samanheng mellom pasient-rapporterte fysisk aktivitet og livskvalitet hjå langkomne kreftpasientar. Det er stor samanheng mellom høgare fysisk aktivitet og betre eksistensiell trivsel, som er ein fundamental faktor for livskvalitet hjå palliative kreftpasientar.

### **Nr. 3 The effect of physical exercise program in palliative care: A phase II study** (Oldervoll et al., 2006)

Dette er ein kvantitativ forskingsartikkel frå Noreg. Grunnlaget var at ein tidlegare artikkel undersøkte effekten av fysisk aktivitet hjå palliative og kurative pasientar, som viste signifikant mindre fatigue, betre livskvalitet og auka muskelmasse. Formålet med studien var å evaluere med ein «phase II pilot study» effekten av ein seks vekers strukturert treningsprogram med tanke på den helsesrelaterte livskvaliteten, fatigue og objektivt måla fysisk utføring hjå menn og kvinner med kreft med kort forventa levetid (meir enn tre månadar men mindre enn eit år).

Trettifire deltakarar deltok i femti minuttar gruppeaktivitet to gonger i veka i seks veker. Fysisk aktivitet vart måla med tre tester, "6 minuttar gå-test", "timed repeat to stand", og "functional reach". Fatigue og livskvalitet vart måla med to forskjellige spørsmålsskjema. Gå lenga vart signifikant lengre, og emosjonell funksjon vart betra, saman med signifikant mindre fatigue hjå deltakarane på spørsmålsskjemaet om livskvalitet.

#### **Nr. 4 Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti-cancer treatment (Buzgova et al., 2014)**

Formålet med studien var å fastslå om det var ein samanheng melom livskvalitet, udekkja behov, angst og depresjon hjå kreftpasientar som ikkje lenger får behandling. Denne forkingsartikkelen har brukt kvantitativ metode for å finne svar på sin problemstilling.

93 palliative pasientar frå den onkologiske avdelinga ved universitetssjukehuset i Ostrava deltok i undersøkinga. Dei brukte tre forskjellige spørsmålsskjema for å samle inn data om pasientens livskvalitet, behov som palliative pasient og psykiske velvære. Den gjennomsnittlege livskvaliteten var veldig lav med ein score på 46. Det meste av umøtte behov var i form av fysiske, psykologiske og åndelege behov. Effektiv handtering av pasientens fysiske, psykiske og åndelege behov kan moglegvis betre pasientanes livskvalitet.

#### **Nr. 5 Living with Metastatic Breast Cancer: A Qualitative Analysis of Physical, Psychological, and Social Sequelae (Mosher et al., 2013)**

Formålet med denne undersøkinga var å identifisere bekymringar blant kvinner med metastatisk brystkreft, men vekt på deira erfaring med fysiske og psykiske problem, sosiale avgrensingar og eksistensielle problem. Kvalitativ metode er brukt for å samle inn data til undersøkinga. 44 kvinner fullførte undersøkinga og skreiv ned sine djupaste tankar og kjensler i forhold til sin sjukdom. Kvinnene skreiv frå heimen og hadde telefonkonsultasjon før dei skreiv i 20 minuttar. Dette vart gjort fire gongar, og deltakarane sendte essays på mail.

Tre tema var identifisert i pasientanes essays, det første var at metastatisk brystkreft og behandling av kan skape bekymringar som affiserer livskvaliteten, med både fysiske symptom, emosjonell uro, endringar i sjølvbilde og endringar i daglege aktivitetar. Det andre temaet var sosiale begrensingar som kom av kreftrelaterte bekymringar. Til slutt opplevde mange kvinner ein auka bevisstheit over livets korthet og søk etter meining i deira erfaring med kreft.

**Nr. 6 The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: A qualitative study (Luoma & Hakameis-Blomqvist., 2004)**

Formålet med denne studien var å undersøke kva meaning livskvaliteten har for pasientar med lagtkome brystkreft. Dei har brukt kvalitativ metode for å samle inn data og semistrukturerte intervju. Forskinga er i frå 2004, men eg har likevel vald å bruke denne fordi den relevant for min problemstilling.

Resultata viste at begrensingar ved fysiske funksjonar førte til avhengigheit av andre som vidare førte til begrensa autonomi. Pasientane sikra sin autonomi ved å utføre andre og enklare aktivitetar, eller ved å endre sine indre standardar. Meininga med emosjonell funksjon var ofte uttrykt ved moglegheita til å kunne nyte livet dag for dag og av forplikting til behandling. Det var tre store tema som kom ut frå dataen; pasientens moglegheit til å kontrollere sjukdomsopplevinga, personleg vekst og håp. Kreftsjukdommen affiserte deira autonomi, som reduserte livskvaliteten.

## 5 Drøfting

Om lag alle pasientar med kreft opplever fatigue i løpet av sin sjukdomshistorie. Forsking har vist at om lag 50% av alle palliative kreftpasientar er plaga med symptomet fatigue, og palliative kreftpasientar har nedsett livskvalitet (Kaasa & Loge, 2016, ss. 47-48; Buzgova et al., 2013; Mosher et al., 2013)

Næss (2011) har definert livskvalitet som ei subjektiv kjensle der livskvaliteten er høg når personens opplevingar og vurderingar er positive, og lav i den grad dei er negative. WHO (2002) definerer livskvalitet etter personens oppfatning av korleis han/ho ynskjer livet skal være. Forklarar livskvalitetsomgrepet vidare ved å dele omgrepet inn i seks forskjellige domen av livet. Alle desse domena utgjer livskvalitet, der positive opplevingar i alle domena er like viktige for å oppnå god livskvalitet (Rustøen, 2001, s. 21).

Næss (2011) sin definisjon og WHO sin definisjon legger begge vekt på personens subjektive oppfatning av livet, og i kva grad dei er nøgd med det dei opplever og kva dei forventar. Medan Næss (2011) fokuserer på psykiske opplevingar og vurderingar tar derimot WHO (2002) også med omgjevnadar og nivå av uavhengnad. WHO (2002) sin definisjon er meir omfattande og forklarar meir i dybda kva livskvalitet er, medan Næss fokuserer meir på dei psykiske områda ved livskvalitet. Likevel kjem det fram gjennom forklaringa Næss har av definisjonen at ho også inkluderer fysiske og sosiale områdar i definisjonen (Rustøen, 2001, ss. 20-21; Næss, 2011, ss. 15-16).

Eg er interessert i korleis fatigue verkar inn på livskvaliteten til pasientane, og om det er noko sjukepleiar kan gjere for å lette symptoma. For å drøfte dette vidare tar eg utgangspunkt i desse domene som eg presenterer kvar for seg. Eg har kombinert området sosiale relasjonar og nivå av uavhengnad saman fordi dei står kvarandre nært. Eg skal ikkje diskutere det åndelege området og omgjevnadar grunna lite samanheng mellom fatigue og det åndelege, samt grunna avgrensinga denne oppgåva har om ord, som gjer at eg må grense omfanget av oppgåva.



## 5.1 Det fysiske området

Det fysiske området innan livskvalitet er forklart av WHO (2002) som det som merkast fysisk på kroppen, som smerte og ubehag, energi og trøttheit samt søvn og kvile. Fatigue kan påverke det fysiske området med ubalanse mellom søvn og kvile, kraftlausheit, ei kjensle av trøttheit/utmattning som ikkje forsvinn ved kvile (Rustøen, 2001, s. 21; Schjølberg, 2016, s. 156).

Ein kvalitativ studie som undersøkte fysiske, psykiske og sosiale vanskar for kvinner som lever med metastatisk brystkreft, rapporterte deltakarane varierende symptom der fatigue vart nemnt i 55% av tilfella. Individuelt tilskreiv deltakarane deira fatigue til kreftsjukdommen og kreftbehandlinga, utilstrekkeleg søvn, medisiner, aldring og auka aktivitet (Mosher et al., 2013).

Samtidig som at pasientane til Mosher et al (2013) skulda delar av sin fatigue på fysisk aktivitet, fann Gulde et al (2011) som hadde i ei kvalitativ forskning om fysisk aktivitet hjå palliative kreftpasientar ut at fysisk aktivitet gav pasientane ei kjensle av å føle seg i form, auka energi og langvarig effekt med meir styrke. Fysisk aktivitet gav dei moglegheit til å gjere ting dei tidlegare ikkje klarte grunna sjukdom. Pasientane rapporterte at dei opplevde mindre fatigue når dei var fysisk aktiv. Sjølv om pasientane rapporterte mindre fatigue opplevde enkelte trøttheit etter trening, men at dette var positiv trøttheit som følgje av å være i aktivitet, og ikkje den negative trøttheita fatiguen skapar (Gulde et al., 2011).

I tillegg rapporterte ein annan artikkel som undersøkte effekten av fysisk trening hjå palliative kreftpasientar moderat til store samanhengar mellom fysisk aktivitet og betra livskvalitet. Pasientane rapporterte sjølv inn kor mykje fysisk aktivitet dei hadde utført og dei pasientane som hadde vert mest i aktivitet hadde høgare livskvalitetsmål ved slutten av undersøkinga (Lowe et al., 2009). Undersøkinga konkluderte med at det var positive samanhengar mellom fysisk aktivitet og livskvalitet, og samsvarar med funna til Oldervoll et al (2006) der pasientane fekk betre fysisk funksjonell kapasitet og opplevde signifikant mindre fatigue.

Luoma & Hakameis-Blomqvist (2004) rapporterte at fysiske hindringar var ein plagsam erfaring, og påverka pasientens moglegheit til å utføre vanlege aktivitetar i dagleglivet, verknaden av fysiske hindringar vart også uttrykt som ei kjensle av å være på utsida av eit samfunn av friske menneske.

Under arbeid ved ein somatisk avdeling i spesialisthelsetenesta observerte eg at sjølv med måling av pasientane sine symptom med ESAS, er symptomet fatigue ikkje eit symptom som er fokus på eller snakka særleg mykje om. Det er god fokus på andre symptom som kan skape fatigue som anemi, kvalme, oppkast og smerter, og pasienten får god behandling for desse. Likevel saknar eg ein dialog med pasienten om trøttheit, og at det finns ting pasienten kan gjere for å minske sin grad av fatigue.

Mange pasientar eg møter uttrykker frustrasjon over at dei trenger hjelp til forskjellige gjeremål, spesielt når det kommer til personleg hygiene. Det at dei ikkje har fysiske krefter til å ta vare på seg sjølv vert uttrykt ved frustrasjon og håplausheit over eigen kropp. Når vi møter pasientane som sjukepleiar på eit sjukehus, er det begrensa kva vi kan gjere for pasienten på grunn av lite tid og kort sjukehusopphald. Pasientar uttrykker at å ha kunnskap om tilstanden gjer dei i betre stand til å møte utfordringane når dei kjem (Schjølberg, 2017, ss. 160-161)

Pasientane eg har møtt har vert open for informasjon og er interessert i alle tiltak som kan hjelpe mot symptoma deira. Aktivitet har lenge blitt anbefalt til pasientar med fatigue, og er beskrive i teorien som ein av hovudbehandlingsmetodane til fatigue. Nyare forskning støttar opp under at aktivitet kan ha positiv verknad og redusere fatiguen til pasientane. Måtar vi som sjukepleiar kan hjelpe pasienten med fatigue-reduserande tiltak kan være mange, der informasjon og kunnskap om tilstanden er eit av det viktigaste området å starte med. Viss pasienten ikkje veit kva som kan hjelpe, eller kvifor forskjellige tiltak er viktige å oppretthalde, kan det oppstå misforståingar (Gulde et al., 2011; Schjølberg, 2017, s. 161).

Schjølberg (2017) beskriver metodar og tiltak pasienten og sjukepleiar kan utføre for å minske sin grad av fatigue, med å dokumentere symptom som smerte, kvalme, oppkast, tung pust og nedsett appetitt. Han omtalar dagbokføring, der pasienten skriv sine symptom ned med når dei opptrer, korleis dei opptrer og kor lenge dei varar. Ved bruk av denne metoden kan helsepersonell få oversikt over kva symptom pasienten har og kva som kan behandlast med medisinar. Kvalme, oppkast, anemi og smerter er alle tilstander som påverkar og forsterkar fatigue. Det er anbefalt at pasientar plaga med fatigue har ei god balanse mellom aktivitet og kvile, moderat fysisk aktivitet, godt kosthald og rikeleg med væsketilførsel for å auke energinivået (Schjølberg, 2017, ss. 160-164)

Det at pasientane sjølv i ei undersøking skylda auka aktivitet som ein bakgrunn for fatigue, kan være ei utfordring for sjukepleiarar. Det er derfor viktig at pasienten får god og riktig informasjon om kva som kan hjelpe. Pasientens eigen haldning til fysisk aktivitet er vesentleg for å lykkast. Ein pasient som tidlegare har vert aktiv og har hatt stor glede av fysisk aktivitet vil mest sannsynleg ha betre effekt av aktiviseringstiltak enn ein pasient som ikkje finner noko glede ved fysisk aktivitet eller trening. Sjukepleiaren kan lytte til pasienten og høyre kva meistringsteknikkar dei brukar i forhold til sin fatigue, og komme med vidare råd til kva som vidare kan hjelpe (Schjølberg, 2017, ss. 160-162; Gulde et al., 2011).

## 5.2 Det psykologiske området

Emosjonelt stress saman med engsting og uro kan være ei årsak til fatigue. Pasientar som ikkje har fått informasjon om at fatigue er ein vanleg biverknad av kreftsjukdom, kan tolke trøttheita som progresjon av sjukdom, eller eit vonde det ikkje er noko å gjere med. Dette kan føre til nedstemtheit og negative kjensler knytt til sin eigen presentasjon og kropp, som kan føre til eit negativt sjølvbilde. Palliative kreftpasientar har også mange tankar om livets slutt, og mange er prega av angst. Pasientar har vist seg å være minst nøgd med korleis dei psykologiske behova vart møtt (Schjølberg, 2017, s. 156; Mosher et al., 2013; Buzgova, 2013).

Domena som omfattar det psykologiske området for livskvalitet er i følge WHO (2002) positive kjensler, tenking, læring, hukommelse og konsentrasjon, sjølvbilete, kroppsbilete og utsjånad samt negative kjensler (Rustøen, 2001, s. 21).

På den positive sida var pasientane for det meste tilfreds med sine kognitive presentasjonar. Pasientane fann trøyst i at sjølv om kroppen svikta, hadde dei endå sine kognitive eigenskapar intakt. At det kognitive var intakt var ei letnad og flukt frå sjukdommen då dei var i stand til å konsentrere seg om å sjå fjernsyn, lese bok eller arbeide. Likevel ar det rapportert litt kognitive vanskar, oftast relatert til konsentrasjon (Luoma & Hakameis-Blomqvist, 2004; Buzgova et al., 2013).

Derimot kom det fram i undersøkinga til Luoma & Hakameis-Blomqvist (2004) at pasientane følte at dei hadde eit dårleg humør og temperament, var nedstemt, deprimert og mindre tolerant enn tidlegare. Mange følte at det var samanheng mellom fysisk og psykisk funksjon, dagar utan smerter, fatigue, søvnlausheit eller kvalme indikerte godt humør.

Som helsepersonell vil det derfor være essensielt for livskvaliteten til pasientane å lindre dei fysiske symptoma for å betre den psykiske livskvaliteten. Erfaring frå kreftavdelinga samsvarar også med forskinga, der pasientar som har vert i godt humør og uttrykt håp for framtida har mista sin glede ved symptomvekst.

Ein anna kvalitativ undersøkelese som undersøkte opplevinga av trening, fann ut at alle deltakarane uttrykte at det var viktig å ha noko å gjere i løpet av veka med positiv psykisk og fysisk effekt. Deltakarane følte at fysisk aktivitet som ein del av gjeremåla i løpet av dagen hjalp dei å strukturere veka, sjølv om det kunne være stressande eller tungt å komme seg ut så gav det dei ei kjensle av å være brukbar og i stand til å takle planlagd aktivitet. Det var også ein måte å gløyme angst og sjukdom, og heller nyte øyeblikket av letnad og trivsel. Å være i fysisk aktivitet gav pasientane ei kjensle av håp for framtida og håp for at fysisk aktivitet hadde ein positiv effekt på sjukdommen (Gulde et al., 2011).

Pasientar som var fysisk aktive i meir enn 60 min i veka skåra lågare på psykologiske målingar. Den same undersøkinga fann også målingar som tyda på at fysisk funksjon hadde mindre å seie for pasientens gjennomsnittlege livskvalitet når det var meir signifikante psykologiske problem til stades som f. eks depresjon eller angst (Lowe et al., 2009).

Det som går mykje igjen i forkinga er at pasientane trenger rutinar med meining i dagleglivet og aktivitetar som kan flytte tankane bort i frå sjukdom og behandling. Når pasientar er innlagd ved eit sjukehus, er det for å få behandling. Pasienten vil derfor bli minna på og har mange tankar om sjukdommen under eit sjukehusopphald.

Pasientar eg har møtt i praksis uttrykker ofte bekymring og angst over sjukdommen. Ein pasient som eg hugsar godt var lei og oppgitt over seg sjølv, då ho tidlegare hadde hatt mykje glede av å lese bøker, men ikkje lenger hadde konsentrasjon til å lese. Pasienten uttrykte at ho ikkje orka noko anna enn å ligge i senga, og at det var slitsamt og kjedeleg for henne samtidig som ho følte at det gjekk utover pårørande.

Schjølberg (2017, s. 163) anbefala pasientar å utføre mental aktivitet som får tankane vekk i frå sjukdom og behandling. Som helsepersonell kan vi anbefale pasienten å være i aktivitet, både mentalt og fysisk, og vise til nyare forking som har funne ut at aktivitet hjelper mot både fatigue og psykologiske faktorar. Informasjon er første steg i all behandling, og pasienten trenger difor riktig og god informasjon om tilstanden og at det finns metodar for å redusere fatigue og betre tilstanden (Schjølberg, 2017, ss. 160-163).

Det er viktig som helsepersonell å observere teikn pasienten kan ha på underliggande psykiske problem slik at han/ho blir vist vidare, og på denne måten får adekvat hjelp for dei psykiske problema. Sjukepleiar kan hjelpe pasientar innlagd ved sjukehus ved å ha ein god dialog med pasienten om den psykiske helsa. For å kartlegge og komme i ein god dialog med pasienten om forskjellige symptom som trøttheit, konsentrasjonsvanskar og nedstemtheit, kan bruke eit ESAS spørjeskjema (Ribu, 2017, s. 58; Schjølberg, 2017, ss. 159-163).

### 5.3 Sosiale relasjonar og nivå av uavhengnad

Eg koplar sosiale relasjonar, omgjevnadar og nivå av uavhengnad saman fordi det er områder som går inn i kvarandre. Sosiale relasjonar rommar i følge WHO (2002) personlege forhold, praktisk sosial hjelp og seksuell aktivitet. Nivå av uavhengnad rommar mobilitet, kvardagslege aktivitetar, avhengigheit av medisin og behandling samt arbeidsmoglegheit (Rustøen, 2001, s. 21).

Fatigue er ikkje ei biverknad som er synleg på pasientane, og mange pasientar rapporterer at dei føler seg misforstått av omgjevnadane fordi dei har ein tendens i å undervurdere pasientens grad av fatigue. Undervurderinga kan kome frå både arbeidskollegaer, helsepersonell og pårørande (Schjøberg, 2017, s. 155).

Forskning viser at palliative pasientar har nedsett livskvalitet, men at graden av gjennomsnittleg livskvalitet over alle områder av livet varierte etter kvar pasientane bur, kva tilbod dei har og kva grad dei hadde moglegheit til å være sosiale og/eller oppretthalde kontinuitet i dagleglivet. Den same artikkelen sa også at eit av dei største umøtte behova pasienten har var moglegheita til å fortsette daglege aktivitetar. Ta egne val, fortsette tidlegare aktivitetar, ha nok informasjon og bli respektert under behandling var svært viktig for pasientane og livskvaliteten deira (Buzgova et al., 2014).

Fysiske hindringar er ein plagsam erfaring, og påverka pasientens moglegheit til å utføre vanlege aktivitetar i dagleglivet. Mange frykta å bli totalt avhengig av andre og enkelte uttrykte at det plaga dei å være avhengig av andre for å utføre enkle oppgåver (Luoma & Hakameis-Blomqvist, 2004). Det var uttrykte skyldkjensle og frustrasjon fordi deira fatigue kom i vegen for dagleglivet med at dei ikkje klarte å utføre vanlege aktivitetar på ein god nok måte (Mosher et al., 2013).

Å være i fysisk aktivitet gav deltakarane ei kjensle av struktur i kvardagen og når dei hadde ei veke med program minna det dei om livet før kreft. Det verkar viktig for pasientane å ha moglegheit til å delta i nokre aktivitetar dei deltok i før sjukdom (Gulde et al., 2011).

Når pasienten er innlagd på sjukehus, er det eit brot av vanleg kvardag og rutinar som er eit hinder for livskvaliteten. Det er viktig for pasienten å vite at symptomet deira blir tatt på alvor og ikkje avfeia som ein bagatell. For å gi god sjukepleie til pasienten er det derfor viktig å lytte til pasienten og ta problema han fortel om på alvor. Det er anbefalt at pasientar plaga med fatigue har god balanse mellom kvile og aktivitet, og at dei brukar den energien dei har på områdar som gir dei gode opplevingar i livet. Som helsepersonell motiverer og informerer vi pasienten til dette (Schjøberg, 2017).

Schjølberg (2017) beskriv at kortsiktige og langsiktige mål kan vere eit hjelpemiddel for pasientar som ynskjer å betre sin situasjon. Pasienten kan lage kortsiktige og langsiktige mål om kva han ønsker å klare, for så å jobbe mot dei måla med rettleiing frå helsepersonell. Det er viktig at måla er realistiske, då pasienten kan kjenne stress, engsting, og utmatting viss det visar seg at pasienten ikkje klarar å realisere måla (Schjølberg, 2017, s. 161).

Enkelte pasientar er innlagd på sjukehus over lengre tid. Eigen erfaring tilseier at pasientar kan bringe veker og månadar på ei somatisk avdeling. For desse pasientane tenker eg ein kan prøve å skape ein viss kontinuitet i dagen med faste rutinar samtidig som ein motiverer pasienten til å være aktiv minimum ein time i dagen, kanskje med å foreslå at pasienten går turar rundt på sjukehuset viss han/ho har krefter til det (Lowe et al., 2009).

## 6 Konklusjon

I denne oppgåva har eg prøvd å finne ut korleis ein kan bidra til god livskvalitet til palliative kreftpasientar plaga med fatigue. Det er tydeleg at fatigue er ein kompleks tilstand med mange komponentar som utfordrar livskvaliteten, og at det ikkje finnes eit klart fasitsvar på problemstillinga. Fatigue er ei subjektiv tilstand som påverkar på mange av domene i livskvalitetsomgrepet, både det fysiske, psykiske, sosiale og nivå av uavhengnad.

Når eg søkte etter kunnskap om fatigue, var det tydeleg at årsaksmechanismane som skapar fatigue er delvis ukjent. Det er noko både teori og forskning har stadfesta trengst meir kunnskap om, for å betre kunne utvikle gode behandlingsmetodar mot fatigue.

Det helsepersonell kan gjere er å behandle underliggande årsaker, motivere til aktivitet og foreta ei vurdering av pasientens psyke.

## Litteratur

- Brenne, A-T., & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa, & J. L. Loge (red.). *Palliasjon* (3. Utg., s. 161-171). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Buzgova, R., Hajnova, E., Sikorova, L., & Jarosova, D. (2014). Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti-cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, 23, 685-694. doi: 10.1111/ecc.12181
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Erikson, M., G. (2010). *Riktig kildebruk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gulde, I., Oldervoll, L. M., & Martin, C. (2011). Palliative Cancer Patients' Experience of Physical Activity. *Journal of Palliative Care*, 27(4) 296-302. Henta frå <http://search.proquest.com/openview/977699d53ee29fde744c19b56a04ff84/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31334>
- Kaasa, S., & Loge, J. L. (red.). (2016). *Palliasjon* (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S., & Loge, J. L. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa, & J. L. Loge (red.). *Palliasjon* (3. Utg., s. 34-50) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lowe, S. S., Watnabe, S. M., Baracos, V. E., & Courneya, K. S. (2009). Associations Between Physical Activity and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Palliative Care: A pilot survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 785-796. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.03.006
- Luoma, M-L., & Hakameis-Blomqvist, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 13, 729-739. doi: 10.1002/pon.788
- Mosher, C. E., Johnson, C., Dickler, M., Norton, L., Massie, M. J., & DuHamel, K. (2013). Living with Metastatic Breast Cancer: A qualitative Analysis of Physical, Psychological, and Social Sequelae. *The Breast Journal* 19(3) 285-292. doi: 10.1111/tbj.12107
- Nordtvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert, en arbeidsbok*. Oslo: Cappellen Damm Akademisk.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum, & J. Eriksen (red.), *livskvalitet forskning om det gode liv* (s. 15-52). Bergen: Fagbokforlaget.



- Næss, S., Moum, T., & Eriksen, J. (red.). (2011). *Livskvalitet forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Oldervoll, L M., Loge, J. H., Paltiel, H., Asp, M. B., Vidvei, U., Wiken, A. N., Kjemestad, M. J., & Kaasa, S. (2006). The Effect of Physical Exercise Program in Palliative Care: A Phase II study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(5),421 -430. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.10.004
- Ribu, L. (2017). Livskvalitet. I S. Kaasa, & J. L. Loge (red.). *Palliasjon* (3. Utg., s. 50-66) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schjøberg, T. Kr. (2017). Fatigue. I A. M. Reitan, & T. Kr. Schjøberg, (red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 153-165). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Schjøberg, T. Kr. (2017). Forebygging av kreft. I A. M. Reitan, & T. Kr. Schjøberg, (red.). *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 331 – 354). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan, & T. Kr. Schjøberg, (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 34 – 49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M & Schjøberg, T. Kr. (red.). (2017) *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- World Health Organization. (2002, u.å). *WHOQOL-SRPB Instrument*. Henta 31. mai 2017 frå [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77778/1/WHO\\_MSD\\_MER\\_Rev.2012.05\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77778/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.05_eng.pdf?ua=1)

## Vedlegg 1 – søkeprosessen etter forskning

	Søkeord	Treff i ASE, Medline og Cinahl	Funn
A	Cancer OR neoplasms OR oncology	291 867	
B	Palliative care OR terminal care OR hospice care	158 882	
C	Quality of life	569 561	
D	Fatigue	205 561	
E	Experience	1 525 015	
F	Qualitative research	110 405	
	A AND B AND AND C AND E AND E AND F AND E	1	Ikkje relevant
	A AND B AND C AND E AND F	8	Ein relevant artikkel

## Vedlegg 2 – søkeprosessen etter forskning

	Søkeord	Treff i ASE, Medline og Cinahl	Funn
A	Cancer OR neoplasms OR oncology	291 867	
B	Palliative care OR terminal care OR hospice care	158 882	
C	Quality of life	569 561	
D	Fatigue	205 561	
	A AND B AND C	10 914	
	Avgrensing år 2013 – 2017 A AND B AND C	3 688	
	Avgrensing år 2013 – 2017 A AND B AND C AND D	402	Ein relevant artikkel