



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1042

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Underernæring hos pasienter med kreft - en mestringsprosess

Antall ord *: 8977

Tro- og loverklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Tittel: Underernæring hos pasienter med kreft – en mestringsprosess.

Kull: 2015

Antall ord: 8977

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Underernæring hos pasienter med kreft – en mestringsprosess



Close up of two hands holding puzzle pieces. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. https://quest.eb.com/search/154_2885157/1/154_2885157/cite

Sammendrag

Tittel: Underernæring hos pasienter med kreft – en mestringsprosess.

Bakgrunn: Det blir registrert flere tilfeller av kreft nå, enn det gjorde før. Flere pasienter som har kreft sliter med vektnedgang.

Problemstilling: Hvordan kan pasienter med kreft mestre sin situasjon relatert til underernæring?

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hva sykepleier kan gjøre for å bidra til at underernærte kreftpasienter skal klare å mestre sin situasjon, og klare å få i seg den ernæringen kroppen har behov for under og etter kreftbehandling.

Metode: Metoden som er brukt er litteratursøk. Litteratursøkene er blitt gjort i databasene CINAHL, SveMed+ og Pubmed. To artikler ble funnet i CINAHL, en i SveMed+ og tre i PubMed.

Funn: Ernæringsveiledning har betydning for hvordan pasientene klarer å håndtere sin situasjon. Støtte rundt ernæring er viktig i alle faser for pasienter som gjennomgår behandling av kreft. Det er viktig med et samarbeid og en god relasjon, mellom pasient og sykepleier. Støtte fra pårørende og/eller likeperson har også stor betydning for pasientens mestring av situasjonen. Ernæringsnæringsstatus påvirker graden av livskvalitet.

Konklusjon: For at pasientene skal oppleve god mestring er det nødvendig med ernæringsveiledning og støtte fra pårørende og likepersoner, slik at pasientene opplever god livskvalitet og dermed også sterk opplevelse av sammenheng.

Abstract

Title: Malnutrition in patients with cancer - a coping process

Background: There are reported multiple cases of cancer, compared to before. Several patients with cancer are struggling with weight loss.

Research question: How can patients with cancer master their situation related to malnutrition?

Aim: The purpose of this study is to illustrate what the nurse can do to help malnourished cancer patients manage coping in their situation and manage to get the nutrition the body needs during and after cancer treatment.

Method: Literature study is used as a method. The literature searches have been made in the databases CINAHL, SveMed + and PubMed. Two articles were found in CINAHL, one article in SveMed+ and three in PubMed.

Findings: Nutrition guidance has an impact on how patients manage their situation. Support around nutrition is important in all phases for patients undergoing treatment of cancer. Cooperation and a good relationship between the patient and the nurse is important. Support from relatives and/or peer support is also important for the patient, to cope with the situation. The nutritional status affects the quality of life.

Conclusions: In order for patients to experience good coping, nutritional counselling and support from relatives and peers are necessary, so that the patients experience a good quality of life and thereby a strong sense of coherence.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	1
ABSTRACT	1
1.0 INTRODUKSJON.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 HENSIKT	2
1.3 PROBLEMSTILLING	2
1.3.1 Avgrensing og presisering	2
1.3.2 Begrepsavklaring.....	2
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	3
2.1 SALUTOGEN TEORI.....	3
2.1.1 Opplevelse av sammenheng (OAS).....	4
2.2 EMPOWERMENT	5
3.0 METODE	6
3.1 HVA ER METODE	6
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	7
3.3 PRAKTISK FRAMGANG I LITTERATURSØK	7
3.4 KILDEKRITIKK	8
3.5 METODEKRITIKK	9
3.6 FORSKNINGSETIKK	9
4.0 PRESENTASJON AV ARTIKLENE	10
4.1 NUTRITION SCREENING AND COUNSELING IN ADULTS WITH LUNG CANCER	10
4.2 EFFEKT AV ERNÆRINGSVEILEDNING TIL PASIENTER MED KREFT	11
4.3 ASSISTANCE FOR NUTRITION IMPROVES REHABILITATION – A FOLLOW-UP STUDY OF PATIENTS AFTER COLORECTAL CANCER SURGERY	11
4.4 STRUGGLING WITH FOOD AND EATING – LIFE AFTER MAJOR UPPER GASTROINTESTINAL SURGERY	12
4.5 NUTRITION CARE IN PATIENT WITH HEAD AND NECK OR ESOPHAGEAL CANCER: THE PATIENT PERSPECTIVE	13
4.6 RE-EMBODYING AFTER SURGERY FOR ESOPHAGEAL CANCER: PATIENTS’ LIVED EXPERIENCES OF PARTICIPATING IN AN EDUCATION AND COUNSELING NUTRITIONAL INTERVENTION.....	14
4.7 OPPSUMMERENDE FUNN.....	15
5.0 DRØFTING.....	15
5.1 PASIENTENS VEILEDNINGSBEHOV	15
5.2 STØTTE FRA LIKEPERSONER OG PÅRØRENDE	19
5.3 SAMMENHENG MELLOM ERNÆRINGSSTATUS OG LIVSKVALITET	22
6.0 KONKLUSJON	23
REFERANSELISTE	24
VEDLEGG 1	28
VEDLEGG 2	31

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er et økende og utbredt problem. I følge Kreftregisteret ble det i 2016 registrert 32 827 nye tilfeller av kreft i Norge. Det diagnostiseres tre ganger så mange tilfeller av kreft nå, enn det ble gjort for 50 år siden. Den kraftige økningen av krefttilfeller i Norge, kan i stor grad skyldes at vi er blitt flere, lever lengre enn tidligere og at en økende del av befolkningen er eldre (Kreftregisteret, 2017). Derfor vil en som sykepleier ofte møte pasienter med ulike kreftsykdommer, blant annet på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien. I min første praksisperiode av sykepleierutdanningen møtte jeg en pasient med kreft i pancreas. Pasienten hadde store problemer med å få i seg tilstrekkelig næring, men taklet likevel situasjonen svært godt. Pasienten var veldig positiv, og på tross av den alvorlige sykdommen, ønsket pasienten likevel hjertelungeredning dersom dette skulle bli aktuelt. Dette tror jeg betyr at pasienten opplevde å ha god livskvalitet, og at pasienten ikke hadde ønsket dette dersom pasienten ikke hadde hatt god livskvalitet. Pasienten hadde motivasjon, og visste hva som skulle til for å opprettholde ernæringsstatusen, og ga seg ikke før hun hadde fått i seg noe næring. Pasienten hadde ofte besøk av flere pårørende, som stilte opp for henne. Siden den gang har jeg hatt denne pasienten, og hvordan pasienten taklet sin situasjon i tankene, når jeg har møtt på andre pasienter med ulik type kreft som har problemer med å få i seg tilstrekkelig næring. Det som gjorde inntrykk på meg den gang, var at på tross av den alvorlige sykdommen, ga ikke pasienten opp. Måten pasientens pårørende stilte opp, gjorde også inntrykk på meg. De kom daglig på besøk og var der i flere timer. Ofte hadde de med ulik mat, som pasienten tidligere har vært glad i. På bakgrunn av erfaring og interesse for mennesker som har kreft, som sliter med å få i seg tilstrekkelig næring har jeg valgt dette som tema for bacheloroppgaven min.

Kreftpasienter går ofte ned i vekt før en eventuell behandling starter, og for noen kan vektnedgang være det første synlige tegnet på kreftsykdom. Tidligere tenkte man på vekttap som noe det var lite å gjøre noe med, men nå har man fått mer kunnskaper om ernæringens betydningen for sykdomsprosessen, og derfor har man nå lagt større fokus på ernæringen og ernæringsbehovet til kreftpasienter for å øke motstandskraften mot sykdommen og behandlingen, og for å bedre deres livskvalitet (Sortland, 2015, s. 230).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hva sykepleier kan gjøre for å bidra til at underernærte kreftpasienter skal klare å mestre sin situasjon, og klare å få i seg den ernæringen kroppen har behov for under og etter kreftbehandling. Både når de er innlagt på sykehuset og når de er hjemme. Jeg ønsker å oppnå mer kunnskap om dette temaet, for å kunne bidra til at denne pasientgruppen skal klare å mestre sin situasjon.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan pasienter med kreft mestre sin situasjon relatert til underernæring?

1.3.1 Avgrensning og presisering

Fokuset i denne oppgaven er å få frem kunnskaper som er viktige for pasienter som har kreft, om hvordan de kan mestre underernæring og hvordan sykepleieren kan bidra til mestring hos pasientene. Pasientgruppen er pasienter med kreft som er under kurativ behandling. Jeg velger å ikke fokusere på en spesiell type kreft eller behandling, fordi jeg ser at ulike typer kreft og behandlinger har ulike typer utfordringer, derfor er jeg opptatt av det generelle. Jeg vil fokusere på pasienter med kreft som er på sykehuset for behandling, forså å reiser hjem og kommer tilbake på sykehuset dersom de har behov for det eller for behandling. Min oppgave vil ikke omhandle barn, men voksne over 18 år. Oppgaven min vil heller ikke ha fokus på tumortilstander og kakeksi. I følge Helsedirektoratet (2012, s. 212) er kakeksi utmattelse eller kraftløshet som er forårsaket av endring i stoffskiftet, dette medfører blant annet at reguleringen av appetitten blir påvirket. Kakeksi kommer av kreftsykdommen.

1.3.2 Begrepsavklaring

Kreft → En feil som oppstår som fører til ukontrollert celledeling, og til at cellene ikke lenger utfører oppgaver de gjorde da de var friske. I det organet den ukontrollerte celledelingen startet, vil det oppstå en opphopning av kreftceller (Lorentsen og Grov, 2010, s. 402).

Underernæring → Underernæring kan bli definert som manglende inntak av protein, energi og/eller andre viktige næringsstoffer, som medfører en ugunstig målbar effekt på kroppsfunksjon og kroppssammensetning, og også et klinisk resultat. En kan måle endring i ernæringsstatus ved å se på KMI, vektendring over tid, eller en kombinasjon av disse (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Ved kreftsykdom kan ernæringsvansker oppstå både før sykdommen er diagnostisert, men kan også oppstå under eller etter kreftbehandling. Ofte sliter kreftpasienter med dårlig appetitt, derfor vil det for mange være utfordrende å klare å

dekke sitt energibehov (Helsedirektoratet, 2012, s. 213). Dette kan skyldes både kreftsykdommen og behandlingen (Bye, 2017, s. 205-206).

Mestring → En positiv responsforventning. Ved mestring vil en person ha en forventning om at en klarer å takle situasjonen på en slik måte at en får et resultat som er godt eller positivt (Harris og Ursin, 2012, s. 163).

2.0 Teoretisk perspektiv

Jeg har valgt å inkludere Antonovsky sin teori i denne oppgaven, fordi den inneholder salutogen teori, hvordan fremme god helse, opplevelse av sammenheng og empowerment, der pasienten er hovedaktør og har medvirkning.

2.1 Salutogen teori

Antonovsky utformet den salutogene modellen. Modellen er en motsetning til den patologiske tilnærmingen, og den salutogene modellen handler om hva som fremmer god helse (Antonovsky, 2012, s. 15-16). Modellen oppsto da Antonovsky stilte spørsmålet ”Hva er det som gir god helse?” (Lindström og Eriksson, 2015, s. 14). Salutogenese betyr ”helsens opprinnelse”, og kommer fra ordet salus, som på latin betyr ”helse” og ordet genesis som på gresk betyr ”opprinnelse” (Lindström og Eriksson, 2015, s. 27). Antonovsky avviser det todelte skille av mennesker mellom frisk og syk, og plasserer isteden på et kontinuum mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012, s. 36). Hver dag må vi håndtere stress vi utsettes for, dette stresset kan påvirke vår plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse både positivt og negativt. En kan enten bryte sammen, eller finne veien tilbake til god helse (Lindström og Eriksson, 2015, s. 19).

Salutogenese er teorien til Antonovsky som omhandler viktigheten av å fokusere på faktorene som skaper helse, istedenfor å legge all vekt på årsaker og risikofaktorer til sykdom. Teorien går videre ut på at en må legge vekt på faktorer som forebygger eller reduserer helseproblemer, og som fremmer helse, for å oppnå helse (Langeland, 2012, s. 195-196). Ved en salutogen tilnærming vil en være opptatt av hvilke faktorer, betingelser og ressurser som gjør at vi takler belastningen, og går mot god helse (Lindström og Eriksson, 2015, s. 18). Ved en salutogen tilnærming fokuserer en på helse, og målet er å tilrettelegge for et godt liv. Livskvalitet frambringes av følelse av god helse (Lindström og Eriksson, 2015, s. 23). For at pasienten kan styrke sin evne til å fremme helse, vil det i et salutogent perspektiv være viktig

at sykepleieren etablerer et gjensidig samarbeid med pasienten, og går ut av ekspertrollen. Sykepleieren må også veksle mellom å lytte empatisk til problemene til pasienten, og ha fokus mot pasientens ressurser og styrker (Langeland, 2012, s. 198-199).

2.1.1 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Opplevelse av sammenheng er viktig for at personer ikke skal bevege seg mot uhelseenden av kontinuumet mellom helse og uhelse, men klare å beholde sin plass eller bevege seg mot helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012, s. 38). I følge Antonovsky er det tre kjernekomponenter i opplevelse av sammenheng (OAS). Disse mener han er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Skårer en høyt på disse komponentene har en sterk OAS, skårer en lavt har en svak OAS (Antonovsky, 2012, s. 39). God helse er assosiert med sterk OAS. Sterk OAS har en positiv og sterk forbindelse med helseressurser som robusthet, optimisme, mestring og kontroll (Lindström og Eriksson, 2015, s. 46). En kan forbinde en sterk OAS med god livskvalitet (Lindström og Eriksson, 2015, s. 47). Begripelighet går ut på hvordan en opplever det indre eller ytre stimuli som kognitivt forståelig. Ved høy grad av begripelighet vil en person forvente at stimuli en møter på i framtiden er forutsigbart, eller at en klarer å plassere det i en sammenheng og forklare det, dersom det kommer overaskende på (Antonovsky, 2012, s. 39-40).

Håndterbarhet går ut på om en opplever å ha tilstrekkelig ressurser tilgjengelig for å klare kravene som blir stilt av stimuliene. Opplever en håndterbarhet føler man seg i stand til å takle motgangen, og vil da ikke føle seg som et offer for omstendighetene, eller at livet behandler en urettferdig (Antonovsky, 2012, s. 40).

Personer med sterk OAS vil når det er et livsområde som er viktig for dem, og som de opplever at gir mening, ofte se på aktiviteter på området som utfordringer en opplever som verdt å engasjere seg følelsesmessig i, og ikke belastninger en ville unngått. For en slik person er det viktig å finne meningen i utfordringen, og å jobbe for å komme seg igjennom utfordringen på en akseptabel måte (Antonovsky, 2012, s. 41).

I følge Antonovsky er god mestring avhengig av alle de tre komponentene i OAS sammen. Meningsfullhet er den mest sentrale komponenten i OAS, fordi en engasjert person har større mulighet for ressurser og forståelse. Håndterbarhet er avhengig av forståelse, og derfor er begripelighet den nest viktigste komponenten i OAS. Opplevelse av mangelfulle ressurser, vil

medføre at opplevelsen av mening blir svekket og også svekket vilje til å mestre situasjonen, derfor er likevel håndterbarhet en viktig komponent i OAS (Antonovsky, 2012, s. 44).

2.2 Empowerment

Medvirkning, maktomfordeling og anerkjennelse av pasientens kompetanse, er tre prinsipper som er viktige i et helsefremmende arbeid. Disse prinsippene er viktige i empowermenttenkning (Tveiten, 2016, s. 27). Empowerment går ut på at personer skal ta mest mulig kontroll over faktorer som påvirker ens egen helse, dette gjøres ved at folk får mer kontroll over handlinger og beslutninger som omhandler deres helse. Empowerment er en prosess, og i denne prosessen skal sykepleieren være samarbeidspartneren til pasienten (Tveiten, 2012, s. 175). Fagfolk har kompetanse, og pasienten er ekspert på seg selv, derfor er det behov for begge kompetanse (Tveiten, 2016, s. 34). Det er flere valg som skal tas når en setter i gang empowermentintervensjoner eller helsepedagogiske tiltak. Person det omhandler, vil spille en stor rolle for hvilke avgjørelser som blir gjort, som blant annet sted, tidspunkt, metoder og innhold. Det er nødvendig å vite hvor mye pasienten kan fra før av, og hvilke forutsetninger pasienten har for læring. Hvordan en pasient opplever og ser på sin situasjon, vil henge sammen med hvilke holdninger, og hvilke kunnskaps- og forståelsesgrunnlag pasienten har (Tveiten, 2016, s. 83-84). Ett konkret mål vil gjøre det bedre for pasienten og fagpersonen å gjøre vurderinger og valg. Ved å ha ett konkret mål vil en tydeligere se hva veiledningen og undervisningen må inneholde. For at samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten ikke skal bli for rettet mot målet, men også fokusere på det som skjer underveis i læringsprosessen, har sykepleieren ansvar for å ivareta fokuset på det interaksjonelle og relasjonelle underveis i situasjonen (Tveiten, 2016, s. 85-86). Pasienten og sykepleieren kan samarbeide om hva læresituasjonen skal inneholde (Tveiten, 2016, s. 86). Det er mye som kan ta bort pasientens oppmerksomhet, både praktiske og fysiske forhold, slik at pasienten ikke klarer å ta imot informasjonen som blir gitt (Tveiten, 2016, s. 86).

Hvordan en vurderer sannsynligheten for å mestre situasjonen en befinner seg i eller om en opplever stress, påvirkes av hvilke kunnskaper og ferdigheter en har om situasjonen. Ved å ha kunnskaper om situasjonen vil det gi økt opplevelse av kontroll, oversikt og tillit til å kunne beherske situasjonen. Mangel på kunnskaper og ferdigheter kan medføre stor grad av stress og kan også føre til at en har en passiv og unnvikende mestringsstrategi (Kristoffersen, 2011, s. 153). Det vil for de fleste oppleves betydningsfullt dersom de kan gjøre noe selv for å påvirke

sin situasjon på en positiv måte. Ved å ha kunnskaper, får delta i beslutninger og får mulighet til å gjøre noe selv med det en opplever, vil det være med på å øke opplevelsen av å ha kontroll, og dermed også styrke forventningene om å klare å mestre situasjonen. Det avhenger av situasjonen om en gir veiledning, undervisning eller informasjon (Kristoffersen, 2011, s. 156).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Et redskap vi kan bruke for å undersøke noe er en metode. Metoden kan vi bruke som et hjelpemiddel for å samle den informasjonen som er nødvendig til undersøkelsen vi gjennomfører. Det finnes ulike typer metoder, vi skiller mellom kvantitativ metode og kvalitativ metode. Hensikten med å benytte ulike metoder er best mulig forståelse av samhandling og handling hos grupper, enkeltmennesker og institusjoner, og av samfunnet vi lever i (Dalland, 2017, s. 52). For å belyse problemstillingen min har jeg valgt å bruke forskningsartikler med ulike metoder. Jeg har brukt tre kvalitative studier, en kvantitativ studie, en litteraturstudie og en systematisk oversiktsstudie. Kvalitative metode har jeg inkludert fordi jeg ønsket å finne ut hvordan pasientens opplevelser av ernæringsvanskene er og hva de opplevde å ha behov for. I følge Thidemann (2015, s. 78) er hensikten med kvalitative metode å få kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, meninger, erfaringer, tanker, motiver, forventninger og holdninger. Dalland (2017, s. 52) skriver at kvalitative metoder fanger opp opplevelse og mening som ikke kan måles eller tallfestes. I følge Dalland gir kvantitative metoder oss informasjon i form av målbare enheter, som gjør at vi kan bruke disse tallene til å finne ut gjennomsnitt eller prosentdel (Dalland, 2017, s. 52). Kvantitative data er eksakte faktakunnskaper, og formidles ofte i form av tabeller (Thidemann, 2015, s. 77-78). En systematisk oversikt, oversiktsartikkel, skal gjøre forskningsbasert kunnskap lettere tilgjengelig og vise hele bildet. For å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne, har forfatterne brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 135). IMRaD-strukturen er en vanlig måte å presentere forskning på. Forkortelsen står for Introduction, Methods, Results and Discussion. Oppbygningen kan gjøre det lettere og raskere å finne fram i artiklene (Dalland og Trygstad, 2017, s. 163).

3.2 Litteraturstudie som metode

Metoden som blir brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. I følge Støren (2013, s. 16-17) vil en i en litteraturstudie studere litteraturen som en artikkelforfatter allerede har undersøkt og skrevet om fra virkeligheten. En bruker kunnskaper som allerede eksisterer, som er blitt presentert i ulike artikler som en finner i ulike databaser. Ved litteraturstudie vil en systematisere kunnskapen. I følge Thidemann (2015, s. 79-80) innebærer systematisering innsamling av litteratur, deretter kritisk gjennomgå litteraturen og forså å gi et sammendrag av litteraturen. Dette skal gi en leser oppdatert og forståelige kunnskaper om det problemstillingen spør etter, og skal også vise hvordan en kom fram til denne kunnskapen.

3.3 Praktisk framgang i litteratursøk

I mitt litteratursøk har jeg brukt databasene CINAHL, SveMed+ og PubMed, som alle er pålitelige databaser som inneholder fagfellesvurdert forskning som omhandler sykepleie og helse.

Jeg startet søkene min uten avgrensning til årstall, men avgrenset etter hvert til 10 år. Dette gjorde jeg fordi jeg fikk ett overkommelig antall treff på hvert søk, og ønsket derfor å se mer på feltet. Da valgte jeg ut tre artikler som var eldre enn fem år, fordi de var relevant for min problemstilling og innholdet var fortsatt relevant. Disse artiklene er ” Nutrition screening and counseling in adults with lung cancer (2010)”, ”Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft (2011)” og ”Assistance for nutrition improves rehabilitation – a follow-up study of patients after colorectal cancer surgery (2011)”. Jeg valgte etter hvert å begrense søkene mine til 2013-2018.

Jeg kombinerte søkeordene cancer patient og nutritional counselling i det første søket mitt, og avgrenset til 2008-2018, her fikk jeg 15 treff. Her fant jeg en artikkel som passet inn i min studie. ” Nutrition screening and counseling in adults with lung cancer (2010)”. I mitt neste søk brukte jeg søkeordene ernæringsveiledning og kreft, og hadde ingen avgrensning på årstall. Her fikk jeg ett treff, og som jeg valgte å inkludere i studien min. ”Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft (2011)”. Videre brukte jeg en kombinasjon av søkeordene cancer patient, patient with cancer, nutrition information og nutrition counselling, og fikk 18 treff med avgrensning på årstall til 2008-2018. Jeg så først på tittelen, og leste abstraktene dersom tittelen virket relevant for min problemstilling. Dersom artikkelen fortsatt virket relevant for problemstillingen etter å ha lest abstraktet, leste jeg artikkelen. Her leste

jeg seks abstrakt, og deretter tre artikler, og anså en artikkel som relevant for problemstillingen. ”Assistance for nutrition improves rehabilitation – a follow-up study of patients after colorectal cancer surgery (2011)”

Artikkel til Carey, Laws, Ferrie, Young og Allman-Farinelli (2013) og artikkel til Alberda, Alvaj-Korenica, Mayan og Gramlich (2017) fant jeg ved å kombinere søkeordene coping, nutrition og cancer, her fikk jeg 64 treff. Ved en kombinasjon av søkeordene master, mastery, nutrition og cancer fikk jeg 73 treff, og leste gjennom flere abstrakt, deretter leste jeg tre av artiklene og fant til slutt artikkelen til Missel, Hansen, Jackson, Siemsen og Schönau (2018) som relevant. Jeg har valgt å bruke både AND og OR, alt etter hvilke søkeord jeg har brukt, for å kombinere søkeord. I følge Nortvedt et al. bruker en kombinasjonsord, som også kalles booleske operatører, for å kombinere søkeord. AND og OR er de kombinasjonsordene som oftest blir brukt (Nortvedt et al., 2012, s. 55). Ved å bruke AND mellom søkeordene vil en få treff på artikler som inneholder begge søkeordene. Dersom en bruker OR vil en få treff på artikler som enten inneholder søkeord 1 eller søkeord 2 eller begge. OR brukes ofte om en søker med synonymer (Thidemann, 2015, s. 88).

Framgangsmåten med mitt litteratursøk er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk dreier seg om to ulike sider. Den ene siden handler om litteratursøking eller kildesøking, altså å finne litteratur som belyser problemstillingen på best måte. Den andre siden handler om hvordan en bruker litteraturen i oppgaven (Dalland og Trygstad, 2017, s. 152). For å sjekke om kildene er brukbare, må de gå igjennom en prosess. En må vurdere kildene, både for å sjekke kvaliteten og for å se om den er relevant for oppgaven (Dalland og Trygstad, 2017, s. 150). For å finne relevante kilder kan det være nyttig å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier. I følge Thidemann vil det være hendig å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier ved et søk for å finne kunnskapen en ønsker. Inklusjonskriterier kan være type litteratur, alder, språk og så videre. Eksklusjonskriterier kan være for eksempel studier som ikke er eldre enn ett bestemt årstall (Thidemann, 2015, s. 84). Det er viktig å sette forskningen i ett kritisk lys. En må vurdere, tolke og analysere kildene. For at kildenes troverdighet skal bli styrket, må en bruke kildene i den sammenhengen de er ment for (Christoffer, Johannesen, Tufte og Utne, 2015, s. 60). Jeg så først på tittelen og leste abstraktet til artiklene for å vurdere om de var relevante for min problemstilling, dersom den

fortsatt virket relevant leste jeg hele artikkelen og inkluderte den i min studie om jeg syntes den var relevant for min problemstilling. Jeg har forsøkt å bruke nyest mulig litteratur, og ikke brukt litteratur eldre enn 10 år. Jeg har likevel valgt å inkludere tre forskningsartikler som er eldre enn fem år, fordi jeg mener de belyser problemstillingen min på en slik måte at de er relevant for besvarelsen. Innholdet i de eldre forskningsartiklene er fortsatt aktuelle i dag, og stemmer overens med nyere forskning. Teori jeg finner i bøker har jeg forsøkt å bruke nyest mulig litteratur, og også forsøkt å brukt primærkildene. Sekundærkilder er brukt dersom det har vært vanskelig å få tak i primærkildene.

Jeg har valgt å bruke forskning fra både Skandinavia og andre europeiske land, for å belyse problemstillingen min.

Jeg har brukt sjekklister fra Folkehelseinstituttet (2014) for å kvalitetsvurdere forskningsartiklene, og har lagt ved en sjekkliste for en av forskningsartiklene som vedlegg 2, som et eksempel på hvordan jeg har kvalitetsvurdert forskningsartiklene.

3.5 Metodekritikk

Metodekritikk går ut på vurdering av hvordan metoden som er blitt brukt har fungert, sammenlignet med andre metoder (Dalland, 2017, s. 225).

Litteraturstudier kan både ha fordeler og ulemper. En ulempe er at studiens konklusjon kan være preget av forfatteren, dette med bakgrunn i at forfatteren velger ut forskning som skal brukes i sin studie og de utvalgte artiklene kan da gjenspeile det forfatteren ønsker å få frem eller forfatterens meninger (Forsberg og Wengström, 2013, s. 26). Jeg har gjort systematiske litteratursøk, men det er likevel ikke sikkert jeg har funnet alt innenfor området. Dersom jeg hadde gjort et annet utvalg av artikler, kunne det ha ført til en annen konklusjon. En fordel med litteraturstudie kan være at en kan få frem mange ulike synspunkter.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk dreier seg om å ta vare på personvernet, integriteten og velferden til deltakerne i forskning, og også å hindre unødvendig belastning eller skade på deltakerne i forskningen. Etikken omfatter alle sider i forskningen, alt fra planlegging, valg av problemstilling og rapportering av resultater (Dalland, 2017, s. 236).

For å sikre at forskningsprosjekter som involverer helse og sykdom hos mennesker, helseopplysninger eller menneskelig biologisk materiale er etisk forsvarlig å gjennomføre, må forskeren søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om forhåndsgodkjennelse (Christoffersen et al., 2015, s. 44).

Dette er ikke nødvendig i en litteraturstudie, fordi artiklene som inkluderes i litteraturstudien allerede er etisk gjennomgått. Imidlertid er det viktig å oppgi korrekte referanser og ikke plagiere i en litteraturstudie. Til alle kilder jeg har brukt i denne oppgaven har jeg oppgitt referanser, og ikke plagiert.

I systematiske litteraturstudier er det viktig å velge studier som har fått tillatelse fra etisk komité eller som tatt etiske hensyn, og å presentere alle resultatene i artiklene, og ikke bare resultatene som støtter forskerens meninger, som anses som uetisk (Forsberg og Wengström, 2013, s. 69-70).

4.0 Presentasjon av artiklene

4.1 Nutrition screening and counseling in adults with lung cancer

Hensikten i studien til Moreland (2010) var å fremme viktigheten av ernæringscreening og ernæringsrådgiving hos pasienter med lungekreft.

Metoden som ble brukt var systematisk oversiktsstudie. Det ble gjort søk i tre databaser og manuelle søk i referanselistene. Artiklene ble evaluert med ”John Hopkins Nursing Evidence-Based Practice” retningslinjer for å sikre kvalitet og styrke i funnene. Av de 12 artiklene som ble inkludert, var en randomisert kontrollert studie, åtte var kvalitative studier og tre ble skrevet av nasjonalt anerkjente eksperter, eller ble basert på ikke-forskede funn.

Resultat: Bruk av pålitelig og godkjente screeningutstyr for å screene og vurdere pasienter har vist seg å være effektivt for å oppdage ernæringsrisiko hos pasienter med lungekreft. Resultatene fra ernæringscreeningen kan vise hvilke pasienter som er utsatte, og som har behov for ernæringsrådgiving. Ved å diskutere pasientens daglige inntak av kalorier og proteiner mens pasienten er innlagt på sykehuset, kan dette påvirke eller bidra til å bestemme deres daglige inntak, og balansere dette i forhold til deres energiforbruk. Bruk av kaloritilskudd på dager der pasientens appetitt er dårlig, har vist seg å være nyttig.

Konklusjon: Ved å screene og gi ernæringsrådgiving til pasienter med ernæringsrisiko, kan dette gi en betydelig fordel for ernæringsstatusen deres og kan også forbedre livskvaliteten.

4.2 Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft

I Stenling og Nortvedt (2011) studie var **hensikten** å undersøke om ernæringsveiledning har betydning på symptomer, ernæringsstatus og livskvalitet hos kreftpasienter som mottar strålebehandling og/eller medikamentell behandling.

Metoden som ble brukt er litteraturstudie. Det ble gjort søk i tre databaser, i tillegg ble det gjort søk etter faglige retningslinjer i fem ulike databaser. Referanselistene ble også gjennomgått. Én retningslinje, én systematisk oversikt og to randomiserte kontrollerte studier ble inkludert i denne studien.

Resultater: I studien ble det vist at tidlig og intensiv individuell ernæringsveiledning har effekt på vekttap og underernæring hos pasienter som mottar stråle- og/eller medikamentellbehandling. Det kom også fram at pasienter som fikk ernæringsveiledning også hadde mindre plager med kvalme, oppkast, munntørrehet og anoreksi ved avslutning av strålebehandling. I studien ble det også vist at ernæringsveiledning har positiv effekt på pasientene livskvalitet. Jevnlige samtaler med sykepleier eller ernæringsfysiolog, økte pasientens evne til å følge kostrådene.

Konklusjon: For pasienter som får behandling for kreft, er det viktig med støtte og oppfølging rundt ernæring i alle fasene av sykdommen. Hos pasienten som mottar strålebehandling og/eller medikamentellbehandling mot mage-tarmtraktus og hode-halsregion, er det vist at ernæringsveiledning øker næringsinntaket, bedrer ernæringsstatusen og gir høyere livskvalitet. Det er nødvendig at veiledningen tilpasses pasientens behov, både ernæringsmessige og også vaner og ønsker.

4.3 Assistance for nutrition improves rehabilitation – a follow-up study of patients after colorectal cancer surgery

Hensikten med dette studie til Overgaard, Christiansen, Neymark, Sørensen, Ladelund og Rasmussen (2011) var å undersøke hvordan pasientene opplevde å få veiledning, praktisk hjelp, bli inkludert i forhold til ernæring, opplevelsen av å ha en kontaktperson underinnleggelsen og av å ha en innleggelses- og utskrivelsessamtale, og hvordan de forbandt dette med rehabiliteringen tre måneder etter operasjonen.

Metode: Metoden som ble brukt er kvantitativt follow-up-studie. De som ønsket å delta, oppfylte diagnose kriteriene og var colorektalt operert i perioden februar til juni 2006 på ett

av sykehusene som var med i studiet og som var i live fire uker etter operasjonen ble inkludert i studien. Studien besto av to selvadministrerte spørreskjemaer, begge sendt til pasientenes hjem. Første spørreskjemaet ble sendt til 400, hvor 317 svarte. Andre spørreskjemaet ble sendt til de som svarte på det første, og 276 pasienter svarte på dette.

Pasienter som svarte at de ikke hadde behov for veiledning, utgikk fra videre analyser.

Resultat: I studiet ble det vist at det er større risiko for dårligere rehabilitering blant pasienter som ikke har mottatt veiledning om ernæring, sammenlignet med de som har mottatt veiledning. Studien viser også at pasienter som ikke mottok den praktiske hjelp til ernæringsinntak som de hadde behov for, hadde større sannsynlighet for dårligere rehabilitering, målt ved kostinntaket. Flere pasienter som ikke hadde en kontaktperson, hadde et fall i selvrapportert helse i forhold til året før. Det ble også funnet en sammenheng mellom pasienter som ble inkludert i pleien, og det å klare å håndtere rehabilitering, målt ved kostinntaket. Det ble vist at pasienter opplevde dårligere rehabilitering fysisk og psykisk sammenliknet med året før, dersom de ikke hadde hatt innleggelsessamtale eller utskrivelsessamtale.

Konklusjon: Pasienter som ikke mottok ernæringsveiledning, praktisk hjelp til kostinntak under innleggelsen, eller hadde en kontaktperson opplevde dårligere rehabilitering tre måneder etter operasjonen. Derfor avhenger god rehabilitering hos pasienten av god sykepleie.

4.4 Struggling with food and eating – life after major upper gastrointestinal surgery

Carey, Laws, Ferrie, Young og Allman-Farinelli (2013) **hensikt** i studiet var å utforske pasienters fysiske, emosjonelle og sosiale reaksjon på mat og spising etter store øvre gastrointestinale operasjoner.

Metode: Dette er en kvalitativ studie. 26 personer (17 menn og ni kvinner) som har hatt en stor øvre gastrointestinalkreft operasjon for mer enn seks måneder siden. Deltakernes gjennomsnittsalder var 65 år. Deltakerne ble rekruttert til studien av konsultasjonskirurgen, de som meldte interesse ble kontaktet av en forsknings kostekspert fra august til desember 2009, og fra mai til august 2010.

Resultat: Etter operasjonen slet deltakerne med lav appetitt og var usikker på hvor mye mat de var i stand til å spise. Flere følte seg uvel dersom de spiste for mye. Deltakerne fortalte også om utfordringer de opplevde år etter operasjon. For mange hadde mat blitt en ubehagelig

opplevelse, og de uttrykte angst rundt å spise og for muligheten til å få ubehagelige symptomer. De unngikk sosiale settinger hvor mat var inkludert. Pasientene har behov for å ha kontroll for å få i seg tilstrekkelig næring. Mangelfull informasjon fra helsepersonell betydde at deltakerne hadde flere ubesvarte spørsmål etter operasjonen. Flertallet av deltakerne i undersøkelsen forklarte at de ønsket å ha kontakt med noen som har gått gjennom liknende situasjon.

Konklusjon: Ulike mestringsstrategiene ble brukt for å takle dette, noen av mestringsstrategiene som ble brukt vil på lang sikt ikke være til hjelp. Mange av utfordringene denne pasientgruppen møter kunne vært unngått med forbedret helseservice.

4.5 Nutrition care in patient with head and neck or esophageal cancer: The patient perspective

Hensikt med dette studiet (Alberda, Alvdj-Korenic, Mayan og Gramlich, 2017) var å få en forståelse av pasienter som har hode/nakke- eller spiserørskreft sine opplevelser av ernæringspleien i sammenheng med deres behandling og bedring.

Metoden som ble brukt i studiet var en beskrivende kvalitativ metode. 20 pasienter deltok i intervjuene. 10 personer som hadde hode/nakke kreft, 10 hadde spiserørskreft. Fra begge gruppene deltok to kvinner og åtte menn. Gjennomsnittsalderen i gruppen spiserørskreft var 63,8 år, og 62,6 år i gruppen hode/nakke kreft. Intervjuene ble gjort mellom juni 2013 og januar 2015.

Resultat: I studien kom det frem at pasienter med spiserørskreft opplevde fysisk ubehag, vekttap og tvetydighet i hvordan de skulle opprettholde ernæringsstatusen. Pasientene gikk ned i vekt, og pasienten og familien ble bekymret. Pasienter rapporterte at de unngikk sosiale hendelser, på grunn av manglende energi, frykt for aspirasjon og behovet for lengre tid for å spise. I begge pasientgruppene oppleve flere pasienter vekslende følelse av optimismen og av slit og tilvenning til konsekvensene av sykdommen. Flere opplevde å ikke motta råd og støtte om hvordan de skulle mestre situasjonen eller hva de burde spise, og flere mente at de mottok denne informasjonen for sent. Pasientene som fikk veiledning fulgte rådene og oppfattet samtalene som informerende, støttende og ofte fokusert på individuelle bekymringer og nåværende opplevelser hos pasienten.

Konklusjon: Pasienter med hode/nakke kreft eller spiserørskreft har behov for individuelt sammensatt støtte, som inkluderer medisinsk informasjon og veiledning, og ernærings og

emosjonell støtte til pasienter og deres familier. Dette bør være tilgjengelig både på sykehuset og utenfor sykehuset.

4.6 Re-embodiment after surgery for esophageal cancer: patients' lived experiences of participating in an education and counseling nutritional intervention

Hensikten i studien til Missel, Hansen, Jackson, Siemsen og Schønau (2018) var å få en dyp innsikt i pasienters opplevelser av å få opplæring og veiledning om ernæring etter kurativ operasjon for spiserørskreft.

Metode: Denne studien er kvalitativ. Studien ble gjort i Danmark. Et kriterium var derfor at deltakerne kunne kommunisere på dansk, og var i stand til å samarbeide med sykepleierne. 10 pasienter deltok i studien.

Resultat: Ved opplæring, veiledning og av å dele spise opplevelser med sykepleieren, fikk pasientene en forståelse av de kroppslige endringene og påvirkningen av å innføre en ny diett og spisevaner. Men fortsatt hadde pasienten flere ubesvarte spørsmål. Det ble brukt ulike mestringsstrategier for å håndtere endrede kroppsfunksjoner i forhold til det å spise. Pasienten og sykepleieren utarbeidet en diettplan, som ble opplevd som et støttende verktøy. En annen mestringsstrategi var å bruke støtten fra nære pårørende. Samtalene mellom pasienten og sykepleieren hjalp pasientene til å beskrive sine opplevelser av den forandrede kroppen. Dette medførte at pasientene fikk mer kunnskap om sin egen situasjon. Det var derfor tydelig at opplæringen og veiledningen hjalp pasientene med å gjenvinne helheten av kroppen og seg selv. På sykehuset fulgte pasientene anbefalt diett. Hjemme etablerte pasientene en daglig rutine som involverte nytolkning av rådene de hadde fått, slik at de passet inn i daglige rutine.

Konklusjon: Via veiledning og opplæringen om ernæring fant pasientene både støtte og selvtillit, selv om de syntes det kunne være vanskelig å følge rådene. Diettplanen ble opplevd som synlig, praktisk og støttende verktøy for å mestre forandringene i spiseatferden og skapte også en følelse av sikkerhet og kontroll hos pasientene. Som også førte til at de følte seg mer som en del av samfunnet og ga en forståelse mellom pasienten og deres nærmeste. Nye spise vaner ble oppdaget i samarbeid med sykepleieren i møtene.

4.7 Oppsummerende funn

Hovedfunnene som er mest aktuelle til problemstillingen som jeg vil fokusere videre på. Artiklene kommer med flere gode funn, blant annet hvordan pasientene opplever pleien rundt ernæring og hvordan pasientenes forhold til mat er etter de ble syke. Funnene i artiklene viser at ulike mestringsstrategier ble brukt av pasientene for å håndtere sin nye situasjon relatert til ernæring. Funnene fra artiklene viser at ernæringsveiledning, ernæringsråd og informasjon har effekt på forebygging av vektnedgang. Videre viser funnene at det er av betydning for pasientene å motta støtte fra sykepleiere, og også fra personer som har gjennomgått liknende situasjoner og fra sine pårørende. Funn fra studiene viser også ernæringsveiledning og støtte har innvirkning på livskvaliteten.

Oppsummeringen danner grunnlag for hva jeg velger å ta med i drøftingen.

5.0 Drøfting

For å finne svar på problemstillingen, skal jeg i denne delen av oppgaven drøfte funn fra forskningen opp mot aktuell teori. Ut i fra funn i artiklene har jeg valgt å drøfte følgende tema: pasientens veiledningsbehov, støtte fra likepersoner og pårørende og sammenheng mellom ernæringsstatus og livskvalitet.

5.1 Pasientens veiledningsbehov

Pasienter som mottok viktig informasjon om ernæring i form av ernæringsveiledning, hadde flere fordeler (Moreland, 2010). Et liknende tema er belyst av Overgaard et al. (2011) som fant at pasienter som ikke har mottatt ernæringsveiledning, har større risiko for dårligere rehabilitering sammenliknet med de som har mottatt ernæringsveiledning. Dalland skriver at for at den som veiledes skal lære noe, må denne personen være aktiv. Dette innebærer at personen som veiledes må prøve ut ting underveis, og aktivt bearbeide erfaringene, dette er fordi veiledning er en læringsprosess (Dalland, 2010, s. 128). Veiledning er et middel i empowermentprosessen (Tveiten, 2016, s. 89). Videre understrekes det at egenkontroll og håp blir av flere pasienter som har kreft sett på som gode mestringsstrategier (Reitan, 2017, s. 88). Ved veiledning vil pasienten få mulighet til å bli mer selvbevisst og øker mestringskompetansen. Ved å motta veiledning blir pasienten mer i stand til å ta kontroll over faktorene som angår sin helse, ta sine egne valg og leve et sunt liv (Tveiten, 2016, s. 90). I motsetning til Missel et al. (2018) sin forskning som viser at pasientenes mulighet til å ha kontroll over sitt eget liv og beholde denne kontrollen over deres egen kropp ble svekket på

grunn av at pasientene følte seg sårbare. I følge Lindström og Eriksson (2015, s. 46) er kontroll en helseressurs som har sterk forbindelse med sterk OAS. Kan dette bety at pasientene som opplever at deres mulighet til å ta kontroll over sin egen kropp er svekket, ikke har sterk OAS? Mens på den annen side at pasientene som opplever å være i stand til å ta kontroll har sterk OAS?

Støtte rundt ernæring er viktig i alle faser for pasienter som gjennomgår behandling av kreft (Stenling og Nortvedt, 2011). For å utvikle mestring og bevissthet angående sin egen helse er relasjonen mellom fagperson og pasient viktig. Denne må være støttende, anerkjennende og utfordrende. Relasjonen blir utfordret dersom det blir en maktubalanse mellom pasient og fagperson. Maktubalanse kan oppstå fordi fagpersonen har makt i veiledning på grunn av sin profesjonelle kompetanse, rolle og funksjon, og dette kan bli en utfordring. Det er fagpersonens oppgave at relasjonen blir så god som mulig (Tveiten, 2016, s. 92). Dette viser nødvendigheten av at pasient og fagperson samarbeider, for at pasienten skal oppleve støtte. Et liknende tema er belyst av Missel et al. (2018) som i sin studie, fant ut at pasientene fant støtte og selvtillit i opplæringen og veiledningen de mottok om ernæring, selv om det å følge rådene ikke alltid var like lett. Teorien understreker dette ved at Tveiten (2016, s. 115) skriver at støtte og bekreftelse kan bidra til at pasientene får økt tro på seg selv, sine egne vurderinger og sin evne til mestring. Dette vil kunne medføre at pasientene får økt tillit til sine egne valg og styrket mestringskompetanse.

I følge Carey et al. (2013) førte manglende informasjon fra helsepersonellet til at pasientene hadde ubesvarte spørsmål etter operasjonen. Alberda et al. (2017) sin studie fant at flere av pasientene i studien opplevde at de ikke hadde nok tid sammen med ernæringsrådgiver. Dette kan gjerne medføre at pasientene hadde ubesvarte spørsmål. I følge Missel et al. (2018) fikk pasientene en forståelse av de kroppslige endringene og påvirkningen av å innføre en ny diett og spisevaner, gjennom veiledning, opplæring og det å dele sine spise opplevelser med sykepleieren. Likevel hadde pasientene flere ubesvarte spørsmål. Det kan tenkes at pasientene har flere ubesvarte spørsmål på grunn av at de ikke har fått medvirke til hva veiledningene skal handle om. Dette støtter teorien til Tveiten opp om ved å belyse betydningen av å spørre etter pasientens tanker, meninger og behov, dette gir pasienten mulighet til å medvirke i veiledningen, og pasientens ekspertrolle på seg selv blir anerkjent. Dersom fagpersonen derimot retter fokuset i veiledningssamtalen til det de selv mener er interessant og relevant, opptrer fagpersonen som ekspert på pasientens område. Dette kan medføre at pasientens

ekspert område, på seg selv, ikke blir i fokus (Tveiten, 2016, s. 115). Dette kan muligens medføre at pasienten ikke får like stort utbytte av veiledningen, og derfor gjerne har flere ubesvarte spørsmål etter veiledningen. Det kan også være at de da ikke klarer å ta kontroll over situasjonen. I følge Tveiten (2016, s. 27) støttes dette opp av empowermentttenkningen, hvor medvirkning, anerkjennelse og maktomfordeling er viktige prinsipper.

I artikkelen til Alberda et al. (2017) kommer det frem at flere pasienter opplevde at veiledningene var for generelle. Flere pasienter savnet en mer individualisert tilnærming som fokuserte på konteksten av kultur og nåværende behov. Stenling og Nortvedt (2011) konkluderte i sin studie med at en må tilpasse veiledningen, i forhold til pasientens behov, ernæringsmessige ønsker og vaner. I likhet konkluderte også Alberda et al. (2017) i sin studie med at pasienter med kreft har behov for individuelt sammensatt støtte, informasjon og veiledning. I følge Tveiten er det stor forskjell på hva ulike mennesker har behov for av innhold i veiledning. Noen trenger råd, andre trenger bekreftelse på det de gjør, andre kan igjen ha behov for emosjonell støtte, mens andre kan trenge å styrke troen på seg selv og mulighetene de har (Tveiten, 2016, s. 107). Dette støtter opp om funnene i artiklene til Alberda et al. (2017) og Stenling og Nortvedt (2011). Videre skriver Tveiten at en ved å stille oppfølgingsspørsmål til det pasienten sier, vil få mulighet til å forstå hva pasienten egentlig sier og hvordan pasienten egentlig oppfatter sin situasjon. Dersom fagpersonen ikke egentlig oppfatter budskapet i det pasienten sier kan det resultere i at en ikke møter pasientens behov. Om fagpersonen derimot stiller oppfølgingsspørsmål er det større mulighet for at pasientens behov blir møtt, som medfører at pasienten får økt mestringskompetanse (Tveiten, 2016, s. 113-114). Ved generell veiledning kan det tenkes at pasientene opplever at deres behov ikke blir møtt, fordi de ikke får svar på det de egentlig lurer på eller er usikre på, men isteden får informasjon som de ikke opplever å ha behov for akkurat da. Stenling og Nordtvedt (2011) fant at hyppig og individuell ernæringsveiledning som startet tidlig, under og etter strålebehandling ga pasientene høyere energiinntak, forbedret deres ernæringsstatus og medførte også mindre plager med munntørrehet, anoreksi, kvalme og oppkast.

Alberda et al. (2017) får frem i sin studie at halvparten av pasientene opplevde at de ikke mottok noen støtte eller råd i hvordan de skulle klare å mestre situasjonen og hva de burde spise mens de ventet på behandling. Videre viser Alberda et al. (2017) sin forskning at flere pasienter opplevde at den strukturerte veiledningen startet for sent, og at dette førte til forvirring i hva de burde spise. Effekten av ernæringsbehandlingen kan bli dårligere dersom

behandlingen starter for sent, altså når en allerede har hatt vekttap (Bye, 2017, s. 199). Gjennom praksis i sykepleien har jeg opplevd at sykepleierne ofte ikke tar seg tid til å gi pasientene informasjon, råd eller veiledning om hva som kan være lurt å spise, men isteden gir denne maten til pasientene uten å informere om hvorfor. Dersom helsepersonellet ikke tar seg tid til å gi pasientene råd eller veiledning i forhold til ernæring, vil det med andre ord si at pasientene ikke har tilstrekkelig ressurser tilgjengelig. Dette vil i følge Antonovsky medføre at pasientene ikke har det ene av de tre kjernekomponentene i opplevelse av sammenheng, nemlig håndterbarhet (s. 42), som igjen vil kunne medføre at pasientene ikke vil klare å mestre sin situasjon (Antonovsky, 2012, s. 44). På den andre siden fant Stenling og Nordtvedt (2011) at hyppig ernæringsveiledning som startet tidlig, ga flere positive effekter i forhold til ernæring.

Forskning viser at pasienter som har en kontaktperson gjennom forløpet oppnår bedre rehabilitering både sosialt, fysisk og psykisk. Forskningen viser også at pasienter som ikke hadde kontaktperson opplevde å ha dårligere helse i forhold til å året før (Overgaard, 2011). Å ha en kontaktperson fører til kontinuitet i forløpet. I følge Tveiten (2016, s. 113) gjør kontinuitet det mulig å følge opp problemer eller utfordringer over tid. For eksempel kan problemer eller utfordringer som kommer frem i en samtale, følges opp ved neste møte og de videre møtene.

I Stenling og Nortvedt (2011) sin forskning viser det seg at pasienter som spiste normal kost og samtidig fikk individuelt tilpasset ernæringsveiledning førte til ett høyere energiinntak, enn dersom pasienten fikk to næringsdrikker i tillegg til sitt vanlige kosthold per dag. Dette synes Gavazzi et al. (2016) å være uenig om, som i sin artikkel har kommet frem til at ernæringsveiledning etter utskrivelse er mindre effektivt og medførte vektnedgang, i motsetning til å få enteral ernæring i hjemmet som førte til at pasientene opprettholdt kroppsvekten sin. Stenling og Nortvedt (2011) viser at pasienter som fikk ernæringsveiledning eller næringsdrikker i tillegg til sin vanlige kost, hadde høyere energiinntak enn de som spiste fritt. Dette syntes Moreland (2010) å være enig i, som skriver at pasienter som mottok veiledning av ernæringsfysiolog og tok ernæringstilskudd viste en betydelig forbedring i inntak av protein, energi og fiber.

5.2 Støtte fra likepersoner og pårørende

Mange opplever å ikke få tilgang til å snakke med personer som går gjennom eller har gått igjennom liknende situasjoner som de nå er i. De opplevde at legene ikke svarte godt på det de lurte på, og at de derfor følte seg alene om situasjonen, dette medførte at de følte seg isolert. Pasientene følte derfor ett behov for å kunne snakke med mennesker som er i liknende situasjoner (Carey et al., 2017). Kan dette være en grunn til at Missel et al. (2018) fant at pasientene opplevde å ha flere ubesvarte spørsmål en måned etter utskrivelse, som hovedsakelig omhandlet hva de kunne spise. Dette til tross for at de har fått opplæring, veiledning og fått delt sine spise opplevelser med sykepleiere. I følge kreftforeningen kan det være nyttig for personer med kreft, og også deres pårørende, å møte andre personer som befinner seg i tilsvarende situasjon som en selv er i. Med andre ord kan personer med kreft og deres pårørende oppleve det som hjelpsomt å dele erfaringer, bli lyttet til og få råd til veien videre av en likeperson (Kreftforeningen, u.å, A). En person som har erfaring med å være kreftsyk eller som er pårørende til en kreftsyk person, kan kalles for en likeperson (Kreftforeningen, u.å, B). Dette bekreftes av Alberda et al. (2017) som sier at støtte fra en likeperson ble oppfattet som nyttig og ga også deltakerne et innblikk i hva som lå foran dem. Pasientene opplevde også at møtene med likepersoner hjalp dem med å få mer praktisk informasjon, en dypere bevissthet om erfarte opplevelser og ga også en følelse av håp. Dette støtter opp om Antonovsky sin teori om at det å ha tilstrekkelig ressurser tilgjengelig, fører til at personen opplever situasjonen som håndterbar (Antonovsky, 2012, s. 40). Dette viser at likepersoner kan ses på som en ressurs for pasienter med kreft for å klare å mestre sin situasjon.

Også kreftforeningen (u.å, B) sier at likeperson kan gi håp og hjelp til å takle en utfordrende situasjon. Jeg vil tro det er en klar sammenheng mellom håp og optimisme. I følge Lindström og Eriksson er optimisme knyttet sammen med sterk OAS (Lindström og Eriksson, 2015, s. 46). Dette kan tyde på at pasienter som har kontakt med en likeperson tenker at de klarer å mestre sin situasjon, fordi de ser at andre som har vært i samme situasjon har mestret/mestrer dette. Dette støttes opp av et utsagn som ble sagt av en deltaker i studien til Alberda et al. (2017), som sier ”det er viktig å ha noen fotspor å følge. Hvis han kan gjøre det, kan jeg gjøre det. Det ga meg mye tillit”. Alberda et al. (2017) skriver videre at flertallet av de som hadde deltatt i gruppene, så på det som en veldig positiv opplevelse. Pasientene opplevde også at møtene med likepersonene ga dem følelsesmessig støtte og trygghet for at positive forandringer er mulig. Møtene ga også mulighet for gjensidig læring, og ga pasientene

mulighet til å dele sin innsikt og sine erfaringer med andre. Noen pasienter mente møtene med likeperson burde være en del av standard behandlingen, som burde starte fra en får diagnosen og gjennom hele kreftreisen. Møtene inneholdt medisinsk, ernæring og erfaringsdetaljer.

Møtene mellom likepersonen og personer med utfordringer relatert til kreft, foregår hovedsakelig via telefonkontakt, besøkstjeneste og/eller selvhjelpsgrupper. Ved at likepersonene deler sine historier, bidrar de til større forståelse for pasienter og pårørendes situasjon og det bidrar også til større åpenhet om kreftsykdom. En bruker da erfaringene fra pasienter eller pårørende til å hjelpe andre til sitt beste (Kreftforeningen, u.å, B). Det kan tenkes at denne forståelsen kan bidra til at pasientene og pårørende får større mulighet til å mestre sin situasjon. Denne forståelsen kan også kalles for begripelighet. Dette støttes opp av Antonovsky sin teori om OAS, om at begripelighet er nødvendig for å få god mestring (Antonovsky, 2012, s. 39-40). Med andre ord er det nødvendig å få en forståelse for situasjonen for å mestre den.

For pasienter som har kreft er det viktig at omsorgspersonene hjelper dem å mestre de ernæringsmessige forandringene (Carey et al., 2013). Pasientene vil ha ulikt behov for støtte og hjelp, og her kan pårørende hjelpe til (Grov, 2017, s. 257). Dette kan vi se i Alberda et al. (2017) sin studie, som viser at noen av pasientene fikk hjelp av sine familier med å forberede måltider, som samsvarte med den anbefalte dietten. De pårørende ga også oppmuntring og følelsesmessig støtte til pasienten. Dette så jeg også i min første praksisperiode, hvor en pasient med kreft i pancreas fikk anbefalt mat laget av sine pårørende servert på sykehjemmet. Denne pasienten fortalte at dette var til stor glede, og førte til at pasienten fikk i seg mer næring, som igjen førte til at pasienten opplevde mestring. I følge Reitan er nærhet og tilhørighet til andre viktig for å klare å mestre noe. Det å ha noen å snakke med gjør at en kan oppleve en avstand til kaotiske følelser og tanker, og gjør også at en ikke er alene med de vonde følelsene og tankene, og en føler seg ikke like hjelpeløs, som gjør at en opplever å ha kontroll (Reitan, 2017, s. 94). Når vi vet dette, kan det tenkes at pasienten opplever mening i situasjonen og gjør det lettere for pasienten å klare og håndtere situasjonen. Dette fordi de har ressurser til å takle motstanden. Dette støtter opp om Antonovsky sin teori, som sier at for å klarer å mestre en situasjon, må en oppleve situasjonen som meningsfull, håndterbar og begripelig (Antonovsky, 2012, s. 44).

Pasientens pårørende kan oppleve det som vanskelig å finne sin rolle og sin plass mens pasienten er på sykehuset (Grov, 2017, s. 257). Det må bli tilrettelagt slik at pasienten som har kreft kan ha personer som er viktige for han eller henne rundt seg, og en kan veilede pasienten til å henvende seg til disse personene (Reitan, 2017, s. 94). I praksis så jeg betydningen av dette. De pårørende trakk seg bort da sykepleierne blant annet ga råd og veiledning til pasienten, og viste tydelig at de ikke ønsket å være til bry for personalet. Dette bedret seg da helsepersonellet bevisst inkluderte dem inn i rådene og veiledningene, etter samtykke og ønske fra pasienten. I følge Grov blir pasientens livskvalitet påvirket av de pårørendes livskvalitet, og motsatt (Grov, 2017, s. 254). Missel et al. (2018) fant i sin studie ut at pasienter diskuterte sammen med sine pårørende hvordan og i hvilken grad råd og anbefalinger om ernæring skulle og kunne bli integrert i deres daglige rutiner. Pasientene var takknemlige for at pårørende så etter dem, men det kunne også medføre at pasientene følte seg overvåket, noe som forårsaket irritasjon. Noen ganger kunne samhandlingen mellom pasienten og deres nære pårørende oppleves tvetydig. Fordi de pårørende uttrykte forståelse og støtte, samtidig som de brukte press for å hjelpe pasienten å oppfylle ernæringsrådene (Missel et al., 2018). Dette kan muligens medføre at familieforholdet blir preget av sykdommen, på den måten at det blir unødig mye fokus på pasientens sykdom og utfordringer som kan medføre at pasienten blir oppgitt, lei av situasjonen og mister motivasjon.

Likevel understrekes det at pasientens pårørende også vil være nødvendige for pasienten, for å stimulere håp og livsglede, opprettholde pasientens identitet, og for å ikke bare fokusere på den sykdomsfokuserte hverdagen (Grov, 2017, s. 257). I følge Missel et al. (2018) skapte støtte fra nære pårørende trygghet. Noen pasienter følte at å bemyndige sine pårørende og gi opplæring til familiemedlemmer om hvordan de kan støtte pasientene på best måte, burde være en viktig del av standard pleien. Alberda et al. (2017) fant at pårørende som deltok på medisinsk konsultasjoner og lærte om sykdommen, behandlingen, og pasientens bedring, ofte var i stand til å ta i mot informasjon som pasientene selv ikke klarte. Missel et al. (2018) gir eksempler på dette, ved at en deltaker i studien fortalte at hans kone alltid sto ved hans side, og også deltok i møtene om ernæring. Noe pasienten opplevde som positivt, fordi dersom han selv ikke fikk med seg alt eller ikke klarte å høre etter lenger, fikk konen denne informasjonen med seg. På den annen side kan det muligens medføre at pasienten opplever å ikke ha kontroll eller å være herre over sitt eget liv. I følge Lindström og Eriksson kan dette muligens føre til svak OAS, på grunn av at pasienten ikke opplever å ha kontroll (Lindström og Eriksson, 2015, s. 46). Men samtidig vil de pårørende være en viktig ressurs for pasientene, som i følge

Antonovsky kan medføre at pasienten opplever situasjonen som håndterbar, som fører til sterk OAS (Antonovsky, 2012, s. 40).

5.3 Sammenheng mellom ernæringsstatus og livskvalitet

I studien ble det vist at de som mottok ernæringsveiledning hadde høyere livskvalitet enn de som kunne spise fritt, hvor livskvaliteten hadde forverret seg (Stenling og Nortvedt, 2011). Dette synes Ravasco, Monteiro-Grillo og Camilo (2018) å være enig om, som i sin studie også fant at pasientene som mottok ernæringsveiledning hadde bedre livskvalitet enn de som ikke mottok ernæringsveiledning. Studien viste også at pasientene som mottok nærings-supplementer hadde høyere livskvalitet, en de som ikke mottok verken veiledning eller nærings-supplementer (Ravasco et al., 2018). Dette kan tyde på at pasientene som får i seg mer næring, har bedre livskvalitet. Dette er belyst av Stenling og Nortvedt (2011), som sier at hos de pasientene som mottok veiledning eller næringsdrikker hadde livskvaliteten sammenheng med næringsinntaket og ernæringsstatusen, godt inntak og god ernæringsstatus viste høyere livskvalitet. I likhet med dette fant også Ravasco et al. (2018) at den gode livskvaliteten hos de som mottok ernæringsveiledning ble assosiert med tilstrekkelig næringsinntak og ernæringsstatus. Videre understrekes dette av Moreland som fant ut at pasienter som har mottatt veiledning av ernæringsfysiolog og har fått næringsstilskudd viste en forbedring i både ernæringsstatusen og også livskvaliteten (Moreland, 2010). Dette støtter også teorien opp om. Helsedirektoratet skriver at behandling av underernæring bedrer livskvaliteten til pasienter med kreft (Helsedirektoratet, 2012, s. 212). Samtidig er det også viktig å få i seg tilstrekkelig ernæring for å oppnå god helse (Bye, 2017, s. 198).

Med andre ord kan dette bety at god ernæringsstatus henger sammen med god livskvalitet. Dette bekreftes i den salutogene tilnærmingen som fokuserer på helse, den viser at dersom en opplever å ha god helse medvirker dette til god livskvalitet (Eriksson og Lindstrøm, 2015, s. 23). Samtidig er sterk OAS en faktor som medvirker til god livskvalitet ved kreftsykdom (Eriksson og Lindstrøm, 2015, s. 57). Dette kan være fordi en person som har sterk OAS opplever situasjonen som meningsfull, vil være mer engasjert etter å få en forståelse for situasjonen og også skaffe seg ressurser. Som er nødvendig for å oppleve god mestring (Antonovsky, 2012, s. 44). Når vi vet dette kan det tenkes at pasienter med god ernæringsstatus opplever god livskvalitet, fordi de har opplevd situasjonen som meningsfull, forståelig og har hatt de ressursene de har hatt behov for å oppnå den gode ernæringsstatusen, som også betyr at pasienten har oppfylt faktorene til god livskvalitet.

6.0 Konklusjon

Veiledning om ernæring førte til at pasientene med kreft opplevde mer kontroll, støtte og selvtillit. De som ikke mottok individuell veiledning eller fikk medvirke til hva veiledningene skulle dreie seg om, opplevde å ha ubesvarte spørsmål etter veiledningene. Selv om veiledningen var individuelt tilpasset, viste det seg at dette ikke alltid var nok til at pasientene mestret situasjonen og fikk i seg tilstrekkelig næring. Det vil derfor også være nødvendig med støtte fra sine pårørende og personer som har vært eller er i liknende situasjon, fordi det ikke er alt en sykepleier eller andre fagpersoner kan hjelpe med eller svare på. En kan se at opplevelse av sammenheng er viktig hos pasienter med kreft i forhold til underernæring. Dette er fordi ernæringsveiledning bidrar til at pasientene opplever sin situasjon som håndterbar og forståelig. Også støtte fra pårørende og likepersoner bidrar til at pasienten opplever situasjonen som meningsfull, forståelig og opplever å ha tilstrekkelig ressurser for å takle situasjonen og da opplever livskvalitet. Vi ser her at komponentene i OAS er oppfylte, som god mestring er avhengig av. Vi ser da at god helse i form av god ernæringsstatus fører til god livskvalitet, som igjen fører til sterk OAS som gir mulighet til å mestre situasjonen.

Referanseliste

- Alberda, C., Alvdj-Korenic, T., Mayan, M., & Gramlich, L. (2017). Nutrition Care in Patients With Head and Neck or Esophageal Cancer: The Patient Perspective. *Nutrition In Clinical Practice*, 32(5), 664-674. doi:10.1177/0884533617725050
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bye, A. (2017). Ernæring. I A. M. Reitan., & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 198-223). Oslo: Cappelen Damm.
- Carey, S., Laws, R., Ferrie, S., Young, J., & Allman-Farinelli, M. (2013). Struggling with food and eating--life after major upper gastrointestinal surgery. *Supportive Care In Cancer*, 21(10), 2749-2757. doi:10.1007/s00520-013-1858-8
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer: For helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s.149-165). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014, 4. oktober). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 14. mars 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsberg, C., Wengström. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Sverige: Natur og kultur.

- Gavazzi, C., Colatruglio, S., Valoriani, F., Mazzaferro, V., Sabbatini, A., Biffi, R., & ... Miceli, R. (2016). Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: A multicentre randomised clinical trial. *European Journal Of Cancer*, 64107-112. doi:10.1016/j.ejca.2016.05.032
- Grov, E. K. (2017). Pårørende. I A. M. Reitan., & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 251-266). Oslo: Cappelen Damm.
- Harris, A., & Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (1. utg., s. 159-172). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kreftregisteret. (2017, 31. oktober). *Fakta om kreft*. Hentet 12. januar 2018 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Kreftforeningen. (u.å, A). *Rehabilitering*. Hentet 12. april 2018 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/rehabilitering/>
- Kreftforeningen. (u.å, B). *Pasientforeninger*. Hentet 12. April 2018 fra <https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/pasientforeninger/>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 133-196). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (1. utg., s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås., D-G. Stubberud., & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Missel, M. , Hansen, M. , Jackson, R. , Siemsen, M. and Schönau, M. N. (2018),
Re-embodiment eating after surgery for esophageal cancer: patients' lived experiences of participating in an education and counseling nutritional intervention. *J Clin Nurs*. Accepted Author Manuscript. . doi:[10.1111/jocn.14297](https://doi.org/10.1111/jocn.14297)
- Moreland, S. (2010). Nutrition screening and counseling in adults with lung cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 14(5), 609-614. doi:10.1188/10.CJON.609-614
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Overgaard, D., Christiansen, A. W., Neymark, K., Sørensen, H. M., Ladelund, S., & Rasmussen, J. L. (2011). Assistance for nutrition improves rehabilitation -- a follow-up study of patients after colorectal cancer surgery. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 31(2), 4-10.
- Ravasco, P., Monteiro-Grillo, I., & Camilo, M. (2012). Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. *American Journal Of Clinical Nutrition*, 96(6), 1346-1353. doi:10.3945/ajcn.111.018838.

- Reitan, A. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan., & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stenling, E. M., & Nortvedt, M. W. (2011). Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft. *Sykepleien*, 6(3), 222-228). doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0157
- Støren, I. (2013). *Bare søk!* Oslo: Cappelen Damm.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (1. utg., s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1

Dato/ Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler
12/1-18 CINAHL		Cancer patient or patient with cancer and malnutrition or undernutrition or undernourishment or weight loss and curative treatment	7	1	0
12/1-18 CINAHL	2008-2018	Cancer patient* or patient* with cancer or cancer and malnutrition or undernutrition or undernourishment or weight loss or nutrition and patient education or nutritional counseling	136	5	Nutrition screening and counseling in adults with lung cancer
13/1-18 CINAHL		Cancer patient* or patient* with cancer and malnutrition or undernutrition or undernourishment and guidance or counseling	35	3	0
13/1-18 CINAHL		Prevent malnutrition and cancer patient	7	1	0

13/1-18 SveMed+		Ernæringsveiledning og kreft	1	1	Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft
1/3-18 CINAHL	2008-2018	Patient* with cancer OR cancer patient* AND nutrition information OR nutrition counselling	18	3	Assistance for nutrition improves rehabilitation – a follow-up study of patients after colorectal cancer surgery
7/3-18 PubMed	2013-2018	empowering AND nutrition AND cancer	1	0	0
8/3-18 PubMed	2013-2018	self-management AND nutrition AND cancer	121	2	0
8/3-18 PubMed	2013-2018	Coping AND nutrition AND cancer	64	4	Struggling with food and eating – life after major upper gastrointestinal surgery Nutrition care in patient with head and neck or esophageal cancer: The patient perspective
8/3-18 PubMed	2013-2018	Manageability AND neoplasms or cancer	15	1	0

9/3-18 PubMed	2013-2018	Master OR mastery AND nutrition AND cancer	73	3	Re-embodiment after surgery for esophageal cancer: patients' lived experiences of participating in an education and counseling nutritional intervention
------------------	-----------	--	----	---	--

Vedlegg 2

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Artikkel 6

"Re-embodiment after surgery for esophageal cancer: patients' lived experiences of participating in an education and counseling nutritional intervention"

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Kommentar:</p>			
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Kommentar:</p> <p>10 pasienter</p>			
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Kommentar:</p> <p>Nei Metoden som ble brukt for å</p>			

2

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Samle data er semistrukturert intervju.</p>
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Dataene ble analysert i henhold til prinsippene til Kvale og Brinkmann.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Kommentar:</p>			

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Kommentar:</p>			

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p> <p>Ja. Den handler om pasientenes opplevelser av å få oppløring og veiledning om ernæring, og er derfor relevant for min oppgave.</p>
--	--