



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave )		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
<b>Intern sensor:</b>	Inger Helen Hardeland Hjelmeland		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 625

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Mestring ved Brystkreftbehandling

**Antall ord \*:** 8900

**Egenerklæring \*:** Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Mestring ved brystkreftbehandling

Coping with Breast Cancer Treatment

**Kandidatnummer 625**

Bachelor i sykepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 06.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



Foto: Privat, Rosa sløyfe, Randaberg, 05.06.2020

## **Mestring ved brystkreftbehandling**

Sykepleierens rolle i å fremme mestring hos brystkreftpasienter under  
cytostatikabehandling

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen på Vestlandet, Stord, kull 2017

Innleveringsdato: 06.05.2020

Antall sider:

Antall ord:

## Sammendrag

**Tittel:** Mestring ved brystkreftbehandling - sykepleierens rolle i å fremme mestring hos brystkreftpasienter under cytostatikabehandling.

**Bakgrunn for valg av tema:** Gjennom erfaringer på kreftavdeling har jeg møtt kreftpasienter med ulike kreftdiagnoser. Jeg fikk et innblikk i deres situasjon og behandlingen de gikk gjennom. På bakgrunn av den høye forekomsten av brystkreft og egen erfaring med brystkreftpasienter ønsket jeg å fordype meg i dette temaet.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos brystkreftpasienter under cytostatikabehandling?

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse ulike litteratur som kan bidra med kunnskap om hvordan sykepleier kan hjelpe og tilrettelegge til opplevelse av mestring for brystkreftpasienter som behandles med cytostatika.

**Metode:** Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie. Studien er basert på fire forskningsartikler hentet fra CINAHL og PubMed. Artikkene vil bli presentert i oppgaven og deretter drøftet opp mot relevant litteratur.

**Resultater/funn:** Funn fra forskningsartikkene viser at pasientopplevelsen av å mestre bivirkningene er en personlig prosess hvor en måtte lære hvordan bivirkningene påvirket hverdagen over tid. Pasientene bruker flere ulike mestringsstrategier, blant annet emosjonell mestring, atferdsmestring og fysisk aktivitet. Kommunikasjon, informasjon og oppfølging er viktig for pasientens opplevelse av mestring.

**Oppsummering/konklusjon:** Sykepleiere kan hjelpe brystkreftpasientene til å mestre sin hverdag ved å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient. Kartlegging av pasientens individuelle behov er avgjørende for å gi sykepleie tilpasset den enkelte pasient. Sykepleierledede omsorgsprogrammer kan bidra til individualisert informasjon, kontinuitet og oppfølging, som kan gi problemfokustert mestring. Gjennom treningsprogrammer oppnås psykisk og fysisk mestring under behandlingsforløpet.

**Nøkkelord:** Brystkreft, cytostatika, mestring, poliklinikk

## **Abstract**

**Title:** Coping with Breast Cancer Treatment - The Nurse's Role in Promoting Coping in Breast Cancer Patients During Chemotherapy

**Background:** Through experience in the cancer department, I have met cancer patients with various cancer diagnoses. I got an insight into their situation and the treatment they went through. Given the high incidence of breast cancer and my own experience with breast cancer patients, I wanted to immerse into this topic.

**Objective:** How can nurses contribute to coping in breast cancer patients during chemotherapy?

**Purpose:** The aim of this thesis is to elucidate different literature that can contribute with knowledge of how a nurse can help and facilitate the experience of coping in breast cancer patients with chemotherapy.

**Method:** The thesis is written as a literature study. The study is based on four research articles obtained from CINAHL and PubMed. The articles will be presented in the thesis and then discussed against relevant literature.

**Results:** Findings from the research articles show that the patient's own experience regarding coping of the side effects is a personal process where one has to learn how the side effects affected everyday life over time. Patients use a variety of coping strategies, including emotional coping, behavioral coping, and physical activity. Communication, information and follow-up are important to the patient's experience of coping.

**Conclusion:** Nurses can help breast cancer patients coping with their everyday life by establishing a relationship between nurse and patient. Mapping the patient's individual needs is crucial to providing nursing care tailored to the individual patient. Nurse-led care programs can contribute to individualized information, continuity and follow-up, which can provide problem-focused coping. Through training programs, mental and physical coping is achieved during the course of treatment.

**Key words:** Breast cancer, chemotherapy, coping, outpatient clinic

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.1.1	<i>Problemstilling</i> .....	2
1.2	AVGRENSNING OG PRESISERING.....	2
1.3	OPPBYGGING AV OPPGAVEN .....	2
<b>2.0</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>3</b>
2.1	SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEE .....	3
2.2	BRYSTKREFT.....	3
2.3	BRYSTKREFTSBEHANDLING .....	4
2.3.1	<i>Cytostatika</i> .....	5
2.4	SYKEPLEIE VED CYTOSTATIKABEHANDLING.....	6
2.5	FYSISK AKTIVITET.....	6
2.6	KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON .....	6
2.7	MESTRING.....	7
2.3.1	<i>Richard Lazarus og Susan Folkman sitt syn på stress og mestring</i> .....	7
2.3.2	<i>Aron Antonovskys salutogenesemodell</i> .....	8
<b>3.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>10</b>
3.1	HVA ER METODE? .....	10
3.2	LITTERATURSTUDIE .....	10
3.2	FREM GANGSMÅTE FOR SØK .....	10
3.3.1	<i>Manuelt søk</i> .....	10
3.3.2	<i>Søk i databaser</i> .....	11
3.3.3	<i>Søketabeller</i> .....	12
3.4	METODEKRITIKK.....	14
3.4.1	<i>Vurdering av egen oppgave</i> .....	14
3.4.2	<i>Kildekritikk</i> .....	14
3.4.3	<i>Etikk i oppgaveskriving</i> .....	15
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
4.1	THE PATIENT-HEALTHCARE PROFESSIONAL RELATIONSHIP AND COMMUNICATION IN THE ONCOLOGY OUTPATIENT SETTING – A SYSTEMATIC REVIEW .....	16
4.2	COPING WITH CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER: ASKING WOMEN WHAT WORKS.....	16
4.3	EXPERIENCING HEALTH – PHYSICAL ACTIVITY DURING ADJUVANT CHEMOTHERAPY TREATMENT FOR WOMEN WITH BREAST CANCER .....	17
4.4	DEALING WITH CHEMOTHERAPY-RELATED SYMPTOMS AT HOME: A QUALITATIVE STUDY IN ADULT PATIENTS WITH CANCER .....	17
4.5	A NURSE-LED CARE PROGRAM FOR BREAST CANCER PATIENTS IN A CHEMOTHERAPY DAY CENTER – A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL .....	18
4.6	EXERCISE – A PATH TO WELLNESS DURING ADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER? .....	19
4.7	SAMLET ANALYSE AV RESULTAT .....	19
<b>5.0</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>20</b>
5.1	KOMMUNIKASJON.....	20
5.2	KARTLEGGING AV PASIENTENES BIVIRKNINGER OG INDIVIDUELLE BEHOV .....	21
5.3	OMSORGSPROGRAMMER SOM LØSNING FOR MESTRING I HVERDAGEN?.....	22
5.3.1	<i>Informasjon og individualisert sykepleie</i> .....	22
5.3.2	<i>Oppfølging og kontinuitet i behandlingsforløpet</i> .....	24
5.4	FYSISK AKTIVITET.....	25
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>27</b>
<b>7.0</b>	<b>REFERANSER</b> .....	<b>28</b>
<b>8.0</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>34</b>
8.1	SØKETABELLER.....	34
	<i>Tabell 3 - CINAHL</i> .....	34

<i>Tabell 4 - CINAHL</i> .....	34
<i>Tabell 5 - PubMed</i> .....	35
<i>Tabell 6 - CINAHL</i> .....	35
8.2 LITTERATURMATRISER .....	36
8.3 SJEKKLISTER .....	40
8.3.1 <i>The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting – A systematic review</i> .....	40
8.3.2 <i>Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: A qualitative study in adult patients with cancer</i> .....	40
8.3.3 <i>Exercise – A Path to Wellness During Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer</i> .....	40
8.3.4 <i>A Nurse-Led Care Program for Breast Cancer Patients in a Chemotherapy Day Center - A Randomized Controlled Trial</i> .....	40
8.3.5 <i>Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer</i> .....	40
8.3.6 <i>Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works</i> .....	40
8.3.7 <i>Eksempel på sjekklister</i> .....	41



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I de siste tiårene har forekomsten av brystkreft, cancer mammae, økt betydelig. Det er den vanligste kreftformen for kvinner (Kreftforeningen, 2020). Ifølge Kreftregisteret (2020) ble 3568 kvinner i 2018 diagnostisert med brystkreft i Norge. Det er omtrent dobbelt så mange tilfeller enn det var i 1958. Risikoen for brystkreft øker med alderen, og 80 prosent av de som får diagnosen er over 50 år (Kreftforeningen, 2020). Det forekommer likevel tilfeller under 30-års alder med metastatisk brystkreft (Kreftlex, u.å.). Det er gjort store fremskritt i behandlingen av brystkreft, og utsiktene for å overleve sykdommen blir stadig bedre (Kreftregisteret, 2020).

I tillegg til økt levealder og større befolkning, kan noe av økningen i forekomst av brystkreft tilskrives Mammografiprogrammet. Mammografi er en screeningsundersøkelse mot brystkreft for å kunne avdekke krefttilfeller på et tidligere tidspunkt enn om en hadde ventet til symptomene meldte seg (Kreftlex, u.å.). Det tilbys alle norske kvinner i alderen 50-69 år. Forskning konkluderer med at Mammografiprogrammet bidrar til redusert dødelighet av brystkreft (Helsedirektoratet, 2019, s. 13).

Over 200 000 kvinner deltar på Mammografiprogrammet hvert år i Norge. 1000 av disse kvinnene får påvist kreft eller forstadier til brystkreft (Kreftforeningen, 2020). Å få en kreftdiagnose kan utløse sterke psykiske reaksjoner (Dahl, 2016, s. 19). Kreftpasienter går gjennom flere vanskelige perioder – fra en får diagnosen, til behandling begynner, og etter at behandlingen er avsluttet (Lorentsen og Grov, 2016, s. 405). Både opplevelsen av livskvalitet og mestringsevnen blir utfordret i disse fasene (Dahl, 2016, s. 64). Det stilles krav til sykepleiernes kompetanse når kreftpasienter blir konfrontert med mange nye utfordringer og behov gjennom sykdomsforløpet (Reitan, 2017, s. 33).

Gjennom egne erfaringer på kreftavdeling har jeg møtt pasienter med ulike kreftdiagnoser. Jeg fikk et innblikk i deres situasjon og behandlingen de gikk gjennom. Dette vekket en interesse. Behandlingene berørte pasientene sterkt både fysisk og psykisk, og virket inn på deres hverdag. Det har gitt meg forståelse for viktigheten av å fremme mestring hos pasienter med brystkreft. På bakgrunn av dette er temaet i denne oppgaven brystkreftpasienters opplevelse av mestring ved behandling av cytostatika.

Hensikten med oppgaven er å belyse ulik litteratur som kan bidra med kunnskap om hvordan sykepleier kan hjelpe og tilrettelegge til opplevelse av mestring for brystkreftpasienter som behandles med cytostatika. Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie hvor Joyce Travelbee sin sykepleieteori står sentralt som sykepleiefaglig perspektiv.

### 1.1.1 Problemstilling

I henhold til litteraturen i kapittel 1.1 kan se at brystkreft er en hyppig og økende kreftsykdom hvor det stilles krav til sykepleiernes kompetanse. Med utgangspunkt i dette og egne erfaringer er problemstillingen i denne oppgaven følgende:

*«Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos brystkreftpasienter under cytostatikabehandling?»*

### 1.2 Avgrensning og presisering

Oppgaven er avgrenset til kvinnelige brystkreftpasienter over 18 år. Det å legge vekt på en type kreft gir muligheter for å tilegne en dypere forståelse om brystkreft, fremfor kreft generelt. Jeg velger å belyse perioden hvor pasienten er under kurativ behandling med cytostatika. Oppgaven tar utgangspunkt i at pasientene bor hjemme og får behandling ved onkologisk poliklinikk. Krise kan være tett knyttet til mestring, men jeg velger å ikke utdype begrepet i oppgaven. Pårørende er en stor støtte for kreftpasienter (Ribu, 2017, s. 50), men vil ikke bli inkludert for å begrense omfanget av oppgaven.

### 1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygget opp av 6 kapitler. Kapittel 1 består av innledning med presentasjon av tema og problemstilling. Kapittel 2 inneholder oppgavens teoridel hvor Joyce Travelbees sykepleieteori blir presentert. Det blir videre forklart hva brystkreft er, og en får et innblikk i hva brystkreftbehandling innebærer. Begrepet mestring blir definert og utdypet. Jeg har inkludert både Lazarus og Folkman sitt syn på stress og mestring, og Aron Antonovskys salutogenesemodell. I kapittel 3 blir metode og litteraturstudie som metodevalg beskrevet. Forskningsartiklene jeg har funnet presenteres i kapittel 4. Kapittel 5 inneholder drøftingen i oppgaven. I drøftingen vil jeg se problemstillingen i lys av aktuelle funn fra forskningsartiklene og annen relevant faglitteratur. I kapittel 6 legges det frem en avslutning og oppsummering.

## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) var en psykiatrisk sykepleier. I hennes teori er individ, menneske-til-menneske-forhold, mening, kommunikasjon og lidelse er sentrale begrep. Hun var opptatt av at mennesket er et unikt individ som gjennom hele livet er i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 1999, s. 5). Travelbee (53-60) konstaterer at sykepleie er en mellommenneskelig prosess ettersom at mennesker alltid er involvert, direkte eller indirekte. Menneske-til-menneske-forhold er virkemiddelet som gjør det mulig å oppnå sykepleierens mål og hensikt. Sykepleierens mål og hensikt blir beskrevet av Travelbee (s. 28-29) som å hjelpe individet til å mestre og finne mening i de erfaringene som følger med sykdom gjennom mellommenneskelige forhold. Sykepleier kan ved hjelp av menneske-til-menneske-forhold sørge for at den enkeltes behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 178). Sykepleier kan ved hjelp av menneske-til-menneske-forhold sørge for at den enkeltes behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 178).

Travelbee (1999, s. 136) skriver at i et hvert møte mellom sykepleier og personen hun/han har omsorg for, foregår det kommunikasjon. Kommunikasjon er nødvendig for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold. Hun hevdet at å lære den syke å kjenne er like verdifullt som å gi fysisk omsorg. Sykepleier bør forstå hva den syke kommuniserer, og bruke informasjonen ved planlegging av sykepleieintervensjoner.

Travelbee (1999, s. 98) mente at sykdom og lidelse er en felles erfaring som kommer til alle mennesker. Det er en erfaring som hver enkelte opplever på sin unike måte. Uansett hvor alvorlig syk en person er, kan sykepleier hjelpe den enkelte til å finne mening i nettopp den situasjonen de opplever så meningsløs. Sykepleier kan hjelpe den syke til mestring og mening ved å etablere en tilknytning til personen. Det vil gi gjensidig forståelse mellom sykepleier og den syke.

### 2.2 Brystkreft

Kreft i brystet oppstår når det dannes en ondartet svulst i brystets kjertelvev. Det finnes ikke sikker kunnskap om hva som er årsakene til at noen kvinner rammes av brystkreft. Det er imidlertid kunnskap om en rekke faktorer som kan redusere og øke risikoen for brystkreftutvikling (Kreftlex, u.å.). Ifølge Schlichting og Wist (2018, s. 331) er kjønn og alder

de to viktigste risikofaktorene. Andre risikofaktorer er blant annet arv, sen (etter 35 år) eller ingen graviditet, tidlig menstruasjon, sen menopause, røyking, overvekt og slektshistorie med brystkreft. Mange av disse faktorene kan øke risikoen uten at en kan gjøre noe for å påvirke det (Helsenorge, 2019). Det er likevel valg som kan bidra til å redusere risikoen, for eksempel å ha et sunt kosthold, være fysisk aktiv, være røykfri og føde sitt første barn før fylte 25 år.

Det tidligste symptomet på brystkreft er oftest en eller flere kuler i brystet eller armhulen (Sørensen, Lorvik, Erntsen og Almås, 2016, s. 438). Andre symptomer ifølge Schlichting og Wist (2018, s. 327, 333) kan være hudinndragning, papilleinndragning, hudforandringer, sekresjon eller rødhet på brystene. Pasienter med symptomer på brystkreft skal henvises til nasjonalt pakkeforløp for brystkreft og videre utredning på et brystdiagnostisk senter (Helsedirektoratet, 2017). I pakkeforløpet er det satt frister for utredning, diagnostikk og behandling. Det skal sikre pasienten et raskt, forutsigbart og et helhetlig forløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I et brystdiagnostisk senter vil det etter retningslinjene bli foretatt en utredning i form av trippeldiagnostikk (Thune, 2017, s. 467). Trippeldiagnostikken består av en klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og en celle- eller vevsprøve.

Brystkreft kan deles inn i fire stadier. I første stadium er svulsten liten og kun begrenset i brystet, men i de neste stadiene begynner kreften å spre seg. Når svulsten har spredd seg til andre organer i kroppen har en nådd stadium 4 (Kreftlex, u.å.). Tegn på spredning er for eksempel rygg- og beinsmerter, tungpust, kvalme og ubehag (Sørensen, Lorvik, Erntsen og Almås, 2016, s. 438). Prognosen for brystkreftpasienter er i stor grad avhengig av sykdommens stadium ved diagnosetidspunktet (Kreftlex, u.å.). Leveutsiktene har økt de siste tiårene, og skyldes blant annet mammografiscreening, forbedret kirurgi og en mer «skreddersydd» behandling i forhold til svulstens egenskaper (Thune, 2017, s. 474). Ifølge Kreftforeningen (2020) lever fortsatt 90,7 prosent av kvinnene som fikk diagnosen for fem år siden.

### 2.3 Brystkreftsbehandling

Det er retningslinjene fra Norsk Bryst Cancer Gruppe som følges ved kreftbehandling i Norge (Thune, 2017, s. 468). Retningslinjene til Norsk Bryst Cancer Gruppe viser til det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft (NBCG, u.å.). Dette er utformet av helsedirektoratet. Ifølge

Helsedirektoratet (2019, s. 7) inneholder det nasjonale handlingsprogrammet for brystkreft oppdatert faglig kunnskap og anbefalinger for diagnostikk, behandling og oppfølging. Det skal bidra til faglig forsvarlighet og god kvalitet i kreftomsorgen.

Brystkreftsvulstens egenskaper, størrelse og sammensetning har betydning for behandlingen, og må ses i sammenheng med kjennetegn hos pasienten (Thune, 2017, s. 467). Behandlingen ved lokalisert brystkreft (i bryst og eventuelt regionale lymfeknuter) har alltid et kurativt siktemål (Oncolex, 2018). I dag kombineres ofte flere behandlingsmetoder. Det er for å gi muligheter til at kvinner kan bevare brystet sitt og for å tilby best mulig behandling. Sørensen, Lorvik, Erntsen, og Almås (2016, s. 442) hevder at brystkirurgi er den viktigste behandlingsmåten. Det skilles mellom brystbevarende kirurgi og mastektomi. I Norge er det brystbevarende kirurgi som gjennomføres ved ca. 70% av alle kreftoperasjoner (Thune, 2017, s. 468). Det innebærer at pasienten får beholde brystet, i motsetning til mastektomi hvor hele brystkjertelen fjernes. Kirurgi kombineres ofte med annen behandling (Thune, 2017, s. 469). Det kalles adjuvant behandling og kan bestå av strålebehandling, endokrin behandling og/eller cytostatika behandling. Adjuvant behandling har som hensikt å redusere risikoen for tilbakefall av sykdommen. Pasienter med påvist spredning får lindrende og livsforlengende behandling (Onkolex, 2018).

### 2.3.1 Cytostatika

Cytostatika bekjemper kreftceller, og betyr det samme som cellegift eller kjemoterapi (Nakken 2017, s. 385-388). Nakken beskriver at cytostatika kan brukes både som kurativ behandling, adjuvant behandling til kirurgi og/eller strålebehandling, eller som palliativ behandling. Cytostatikabehandlingen foregår vanligvis intravenøst på poliklinikk (Schlichting og Wist, 2018, s. 338).

Thune (2017, s. 471) påpeker at det stadig er endringer i valg av cytostatika. Ved forarbeid til bacheloroppgaven tok jeg derfor kontakt med brystdiagnostisk senter og bryst- og endokrinkirurgisk poliklinikk på Haukeland Universitetssykehus<sup>1</sup>. Hensikten var å få oppdatert informasjon om behandlingsprotokoll ved cytostatikabehandling. De henviste til det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging

---

<sup>1</sup> Personlig kontakt, 19.03.2020. Brystdiagnostisk senter, og bryst- og endokrinkirurgisk poliklinikk, Haukeland Universitetssykehus.

av brystkreftpasienter. Helsedirektoratet (2019, s. 98, 106-108) opplyser om at det anbefales 4 kurer med epirubicin og cyklofosfamid i EC90 regimet, etterfulgt av taxanbehandling. Det blir videre presisert i de nasjonale retningslinjene at et individuelt forløp tilpasses hver enkelt pasient (Helsedirektoratet, 2019, s. 16, 99). I henhold til retningslinjene kan en se at det er flere faktorer som virker inn ved valg av type cytostatika til brystkreftpasienter, blant annet histologisk grad, HER2-status, sykdommens stadium og tumorstørrelse.

## 2.4 Sykepleie ved cytostatikabehandling

Sykepleierens perspektiv er sentralt når en skal vurdere konsekvenser sykdommen har for pasientens grunnleggende behov, hvilke mestringsutfordringer og opplevelser den medfører, og hvilke tiltak som kan dekke behovene (Sørensen, Lorvik, Erntsen, og Almås, 2016, s. 440). Cytostatikabehandling kan gi bivirkninger i form av kvalme, fatigue (tretthet), hårtap, svekket konsentrasjonsevne, nedsatt immunforsvar og ubehag/smerter. (Bredal, 2017, s. 480-481). Det er viktig at sykepleier kjenner til de ulike bivirkningene, slik at en kan ivareta pasientens behov på best mulig måte (Kvåle, 2002, s. 49-54). For eksempel kan tap av hår, øyenvipper og øyenbryn påvirke kvinners selvbilde negativt (Schjølberg, 2017, s. 141). I en slik situasjon kan sykepleier hjelpe pasienten til å forstå og akseptere et endret kroppsbilde, og gi emosjonell støtte (Bredal, 2017, s. 482-483). Angst og depresjon kan også ses i sykdomsforløpet, som følge av funksjonstap (Lorentsen og Grov, 2016, s. 405).

## 2.5 Fysisk aktivitet

Det er velkjent at fysisk aktivitet har helsefremmende effekter, både kroppslig og mentalt (Hagströmer og Hassmén, 2015, s. 117). Det anbefales at alle er i fysisk aktivitet i minst 30 minutter hver dag (Jansson og Anderssen, 2015, s. 37). Kreftforeningen (2019) belyser om at fysisk aktivitet også gir helsegevinster ved cytostatikabehandling. Det kan bidra til å redusere bivirkninger som er forårsaket av behandlingen (Thune, 2015, s. 368). Fysisk aktivitet betyr å være i bevegelse, for eksempel å gå en tur eller gjøre husarbeid. Det er viktig å presisere at kreftpasienter under behandling bør ta kontakt med lege for råd og veiledning (Kreftforeningen, 2019).

## 2.6 Kommunikasjon og informasjon

God kommunikasjon og samhandling gir grunnlaget for utøvelse av god sykepleie hos kreftpasienter. Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne utveksle meninger, tanker og

følelser. Det krever at sykepleier har god kompetanse innen kommunikasjon. Det er nødvendig at sykepleier har responderende og initierende kommunikasjonsferdigheter, og en evne til refleksjon. *Responderende ferdigheter* innebærer nonverbal kommunikasjon, anerkjennelse, støtte, lytte og vise empati. *Initierende ferdigheter* er ferdigheter som sykepleier bruker for å lede samtalen. Sykepleier stiller åpne og lukkede spørsmål, forklarer, informerer, og viser kompetanse og troverdighet som fagperson (Reitan, 2017, s. 104-106).

Kommunikasjon er nøkkelen for sykepleier til å gi informasjon og hjelpe pasienten til å mestre kreftsykdommen sin. I Norge er pasientenes rett til informasjon beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2): «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Det er sykepleieren som er ansvarlig for å gi informasjon knyttet til utøvelse av sykepleie og behandlingsopplegg (Reitan, 2017, s. 108).

## 2.7 Mestring

Mestring brukes synonymt med uttrykk som å klare seg og få til noe. En skiller mellom generelle sider og spesielle sider ved mestring. Generelle sider er at en utvikler seg, tilpasser seg og lærer nye ferdigheter gjennom livet. Spesielle sider der er når en får problemer med å mestre situasjoner som er svært belastende. Når en kommer i slike situasjoner kan aktiv og god mestring føre til at en ser forskjellen mellom det en må leve med, og det en selv kan endre. Det kan også hjelpe en med å tilpasse seg en ny virkelighet (Reitan, 2017, s. 88).

Mestring er ifølge Renolen (2015, s. 166) et vidt begrep med mange innfallsvinkler. Det kan være mestring av både tanker, følelser, tap og fysisk ubehag. I psykologien blir mestring knyttet til den enkeltes evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som er større enn hverdagslige utfordringer. Renolen løfter frem at det er ulike mestringsstiler. Mestringsstiler kan defineres som karakteristiske trekk ved en persons mestring på tvers av situasjoner og over tid. Det kan for eksempel være robusthet, optimisme og humor.

### 2.3.1 Richard Lazarus og Susan Folkman sitt syn på stress og mestring

Lazarus og Folkman har utviklet en stressmestringsmodell som legger vekt på individets vurdering av situasjonen (Renolen, 2015, s. 169-170). Samdal, Wold, Harris og Torsheim (2017, s. 5) viser til Lazarus og Folkmans definisjon av stress. Lazarus og Folkman mente at stress er tilstanden som oppstår som følge av en uoverensstemmelse mellom kravene i



situasjonen og egne ressurser (biologiske, sosiale, psykiske). Mestring defineres av Lazarus og Folkman som «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (sitert i Renolen, 2015, s. 169). De så på mestring som en prosess hvor tanker, følelser og handlinger er avhengig av hverandre og påvirker hverandre. Lazarus og Folkman hevder at det er to mestringsstrategier en kan ta i bruk ved stressende situasjoner, ifølge Renolen (2015, s. 169-170). Det er problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. *Problemfokuserte mestringsstrategier* innebærer tiltak som fokuserer på problemløsning, for eksempel å endre rutiner, å endre livsstil eller redusere ytre årsaker til stress. Det kan også være tiltak rettet innover mot oss selv, som å senke ambisjonene, søke informasjon og lære nye ferdigheter. *Emosjonsfokuset mestring* vil si at en forsøker å endre følelsesreaksjonene som oppstår ved stress. Kognitive strategier kan for eksempel dempe det følelsesmessige ubehaget. Det kan være å unngå informasjon eller situasjoner, distansering til problemer, fysisk aktivitet eller bruk av medikamenter. Folkman og Greer har senere lagt til en tredje mestringsstrategi (Renolen, 2015, s. 171-172). Den kalles *meningsfokuset mestring*, og er knyttet til positive følelser som oppstår ved stress og kriser.

### 2.3.2 Aron Antonovskys salutogenesemodell

Antonovsky (2012, s. 15-16, 30) var en medisinsk sosiolog som utformet den salutogene modell. Antonovsky beskriver at en salutogen tilnærming fokuserer på hva som gir god helse og mestring, i motsetning til et patologisk syn som legger vekt på hvorfor en blir syk. Det salutogene perspektivet forsøker å avdekke hvorfor mange mennesker til tross for høy stressbelastning overlever og klarer seg fint. En salutogen tankegang får en til å arbeide for å utforme og fremme en teori om mestring (Antonovsky, 2012, s. 16, 36-37).

I teorien om salutogenese utviklet Antonovsky (2012, s. 15-17) begrepet *opplevelse av sammenheng* (OAS). Antonovsky (2012, s. 41) definerer begrepet slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.

Antonovsky (2012, s. 27, 38) oppfattet helse som et kontinuum hvor helse er i den ene enden og uhelse i den andre. Salutogenese handler om å finne ut hvor hver enkelt person befinner



seg på kontinuumet. Opplevelse av sammenheng mener Antonovsky er avgjørende for at en skal kunne bevare sin plass mellom helse og uhelse på kontinuumet, og eventuelt bevege seg mot helseenden.

Kjernekomponentene i OAS er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. *Begripelighet* handler om en kognitivt forstår det en utsettes for i det indre eller ytre miljø. *Håndterbarhet* innebærer om en har tilstrekkelig med ressurser tilgjengelig til å kunne takle utfordringer. Det kan både være ressurser som en selv har kontroll over eller ressurser fra andre, for eksempel en venn eller ektefelle. Når en har en sterk opplevelse av håndterbarhet er en i stand til å takle motbakker i livet og komme seg videre. *Meningsfullhet* defineres som hvordan en føler livet er forståelig rent følelsesmessig. Meningsfullhet handler om hvordan en føler livet er forståelig rent følelsesmessig, og at noen av livets problemer og krav er det verdt å bruke innsats, engasjement og krefter på. En er villig til å ta utfordringen, finne mening i den og gjøre sitt beste for å komme seg gjennom den. En er villig til å ta en utfordring og er bestemt på å finne mening i den. Personer som skårer høyt på disse tre komponentene har sterk OAS, mens de som skårer lavt har svak OAS (Antonovsky, 2012, s. 39-41).

## 3.0 Metode

Dette kapittelet beskriver litteraturstudie som metode og fremgangsmåten som er brukt for å finne aktuell litteratur og forskning. Videre presenteres kritisk vurdering og etikk i oppgaveskriving.

### 3.1 Hva er metode?

Det å være metodisk i vitenskapelig sammenheng er å bruke og overholde intellektuelle standarder i argumentasjon. Det stiller krav til å tenke og systematisere tankene våre, men det stilles også krav til oss om ærlighet og sannhet. Metoden beskriver hvordan en bør gå frem for å fremskaffe eller etterspørre kunnskap. Ulike metoder er nødvendig til å få frem ny kunnskap, men også til å etterprøve i hvilken grad påstander er holdbare, gyldige eller sanne. Det skilles mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder går i dybden og fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative metoder derimot kartlegger data i form av målbare enheter, som gir oss muligheter til regneoperasjoner for statistikk og gjennomsnitt (Dalland, 2017, s. 51-52). I denne oppgaven blir det benyttet både kvalitative og kvantitative studier.

### 3.2 Litteraturstudie

Opgaven bygger på en litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra andre skriftlige kilder og studerer litteraturen. Det innebærer å søke, samle, vurdere og sammenfatte kunnskapen. En systematisk tilnærming er viktig gjennom alle trinnene i prosessen. Studien har som hensikt å gi leseren en oppdatert og god forståelse av litteraturen (Thideman, 2015, s. 79-80). I den litterære oppgaven skriver Dalland (2017, s. 51) at data hentes ut fra eksisterende forskning, fagkunnskap og teori.

### 3.2 Fremgangsmåte for søk

#### 3.3.1 Manuelt søk

Først begynte jeg med å se gjennom høyskolens pensumlistene for å finne aktuell litteratur knyttet til kreft og begrepet «mestring». I pensumlistene ble det funnet noe relevant litteratur. Jeg søkte deretter på høyskolens bibliotek via oria hvor jeg fant flere bøker innen både kreft og mestring, som kan bidra til å belyse problemstillingen. Ved manuelt søk på nettet oppdaget jeg blant annet nettsidene, Kreftlex og Oncolex, som er utarbeidet av fagspesialister ved Oslo Universitetssykehus. Det var også naturlig å søke informasjon på Kreftforeningen og

Kreftregisteret på bakgrunn av temaet i oppgaven. Thideman (2015, s. 83) fremhever at det er viktig å være bevisst og kritisk til kildematerialet ved manuelt søk.

### 3.3.2 Søk i databaser

For å systematisere søket har PICO-skjema (tabell 1) vært et godt hjelpemiddel. PICO-skjema gjør det mulig å dele problemstillingen i en 3(4)-deling. Det bidrar til å definere søkeord knyttet til delene, slik at problemstillingen blir presis og søkbar (Thideman, 2015, s. 86-87). Det ble definert søkeord på både engelsk og norsk ettersom at det skulle foretas søk i internasjonale databaser. Det var kun med de engelske søkeordene jeg fikk treff som var aktuelle for min problemstilling. Underveis i søkeprosessen ble det også funnet nye søkeord for å spesifisere søket, for eksempel «outpatient clinics» i stedet for «hospital». Først ble det søkt på enkeltord, som deretter ble kombinert med kombinasjonstermene AND og OR for å utvide eller avgrense søkene. Søkene ble avgrenset etter årstall og at artiklene var fagfelleurdert.

*Tabell 1 – PICO-skjema*

<b>P-patient/problem</b>	<b>I-intervention</b>	<b>C-comparison</b>	<b>O-outcomes</b>
Breast cancer, breast tumor, breast neoplasms, cancer	Treatment, chemotherapy, hospital, outpatient clinics, nurse*, care*, nursing care, side effects, physical activity, fitness, exercise, oncology nursing.		Coping, coping strategies, adaptation psychological, quality of life.

I søkeprosessen benyttet jeg meg av databaser som CINAHL, SveMed+, MEDLINE og PubMed. SveMed+ ble brukt til å finne engelske MeSH-ord (Medical Subject Headings). Thideman (2015, s. 87) skriver at SveMed+ har et standardisert emneordsystem som både gir spesifikke og generelle emneord, og at det er en fordel å benytte de MeSH-ordene som databasen har i sitt emneordsystem. Trunkering ble også nyttig gjennom søkeprosessen.

Trunkering er et begrep som betyr å søke på et avkortet ord (ordstamme) for å få entalls- og flertallsformer, og ulike varianter av ordet (Thideman 2015, s. 88).

Forskningsartiklene som blir brukt i denne oppgaven ble oppdaget i CINAHL og PubMed. CINAHL er en database som inneholder engelskspråklig litteratur innen sykepleie og tilgrensende fag. Databasen inkluderer mye kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Høgskolen på Vestlandet, u.å.). Fem av forskningsartiklene ble funnet i CINAHL. PubMed er en internasjonal database med tidsskriftsartikler innen blant annet sykepleie og medisin (Høgskolen på Vestlandet, u.å.). En av forskningsartiklene ble funnet i denne databasen.

### 3.3.3 Søketableller

I dette delkapittelet inkluderes kun to av seks søketableller. De fire andre kan en finne i vedlegg 1.

*Tabell 1 - CINAHL*

Søk i CINAHL database 21. mars 2020			
Nummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
1	Breast cancer or breast neoplasms or breast tumor		105 282
2	Coping or adaptation psychological		83 920
3	Chemotherapy		90 747
4	1 and 2 and 3	Year 2015-2020 Peer reviewed	60

Søk nr. 4 ga treff på artikkelen «*Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works*» (Gibbons og Groarke, 2018). Artikkelen ble valgt siden den omhandler erfaringer som vil være med å belyse problematikken i oppgaven.

Tabell 2 - CINAHL

Søk i CINAHL database 31. mars 2020			
Nummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
1	Breast cancer or breast neoplasms or breast tumor		105 363
2	Nurse*		517 466
3	Care*		1 575 419
4	Chemotherapy		90 836
5	1 and 2 and 3 and 4	Year 2015-2020 Peer reviewed	61

Artikkelen «*A Nurse-Led Care Program for Breast Cancer Patients in a Chemotherapy Day Center*» (Lai, Ching, Wong, Leung, Lee, Wong og Lo, 2019) ble funnet etter søk nr. 5. Den ble utvalgt siden den beskriver hvordan brystkreftpasienter under behandling opplevde et sykepleierledet omsorgsprogram.

«*The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting*» (Prip, Møller, Nielsen, Jarden, Olsen og Danielsen, 2018) ble oppdaget 22. mars 2020 i CINAHL (vedlegg 1, tabell 3). Den ble inkludert i oppgaven siden den forteller noe om forholdet mellom sykepleier og kreftpasient ved cytostatikabehandling. I CINAHL ble også artikkelen «*Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: A qualitative study in adult patients with cancer*» (Coolbrandt, Dierckx de Casterlé, Wildiers, Aertgeerts, Van der Elst, Achterberg og Millisen, 2015) funnet (vedlegg 1, tabell 4). Artikkelen ble valgt fordi funnene i studien er relevante opp mot oppgavens problemstilling.

Det ble oppdaget en artikkel i PubMed og en artikkel i CINAHL som beskriver kvinners erfaringer med fysisk aktivitet gjennom brystkreftbehandlingen. Artikkelen fra PubMed heter «*Exercise – A Path to Wellness During Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer?*» (Husebø, Allan, Karlsen, Søreide og Bru, 2015) (vedlegg 1, tabell 5). Artikkelen fra CINAHL heter «*Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer*» (Backman, Browall, Sundberg og Wengström, 2015) (vedlegg 1, tabell 6).

### 3.4 Metodekritikk

#### 3.4.1 Vurdering av egen oppgave

Det er flere faktorer som kan bidra til å påvirke oppgavens utfall. I denne oppgaven er ikke sykepleierens erfaring inkludert. Det var fordi jeg ønsket å ha et fokus på pasientene sine erfaringer. Alle de seks forskningsartiklene i oppgaven inneholder pasienterfaringer, og ble valgt fordi jeg mener at de kan bidra til å belyse problemstillingen i drøftingsdelen. Det er viktig å påpeke at erfaringer kan være subjektive, og kan dermed variere ut fra pasientenes personlighet, individuelle behov og opplevelse.

I søkeprosessen avgrenset jeg søket ved å sette årstallet fra 2015-2020. Det er muligheter for at jeg har gått glipp av aktuelle artikler som ble utgitt før 2015, men målet var å finne nyere, god forskning. Søkeordene «physical activity» og «exercise» ble brukt for å finne to av artiklene. Det var fordi jeg ønsket å finne forskning innen fysisk aktivitet ved brystkreftbehandling, og dermed undersøke effekten det kan ha hos brystkreftpasienter. Dette kan ha påvirket utfallet i oppgaven til en viss grad.

#### 3.4.2 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å gjøre rede for litteraturen en har brukt i oppgaven. Oppgavens faglighet og troverdighet er avhengig av at kildegrunnet blir forklart og begrunnet. Det må derfor komme tydelig frem hvorfor en type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjennomført. Kildekritikk betyr at en er kritisk, og vurderer i hvilken grad litteraturen som har blitt funnet lar seg anvende til å beskrive og belyse problemstillingen (Dalland og Trygstad, 2016, s. 152-158).

Det ble tatt utgangspunkt i IMRAD-strukturen for å vurdere studienes relevans. IMRAD-strukturen består av delene introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Delene utgjør en struktur som er anerkjent som disposisjon i vitenskapelige artikler (Thideman, 2015, s. 30-31). Det ble undersøkt om artiklene er fagfellevurdert ettersom at det ifølge Dalland og Trygstad (2016, s. 158-159) gir grunnlag for kvalitet, holdbarhet og gyldighet. Alle artiklene i oppgaven er skrevet på engelsk. Språkmessige utfordringer knyttet til oversettelse og forståelse av innholdet i tekstene kan ha ført til feiltolkninger. Det kan ha innvirkning på resultatenes troverdighet.

Sjekklistene brukes for å vurdere studiens kvalitet og om kriteriene for studien blir ivarettatt. Det er utformet sjekklistene for hver type studie (Helsebiblioteket, u.å.). Sjekklistene (vedlegg 3) var et godt verktøy ved kritisk vurdering av artiklene i oppgaven. Alle artiklene som er inkludert har brukt en hensiktsmessig metode i sin studie, og har stor relevans for oppgavens problemstilling.

Store begrensninger på bibliotekene på grunn av Covid-19 har ført til at jeg ikke har fått tak i Lazarus og Folkmans bok «Stress, Appraisal and Coping», som ble utgitt i 1984. I oppgaven har jeg derfor måttet bruke sekundærkilder i delkapittel 2.3.1, som omhandler Lazarus og Folkmans syn på stress og mestring. Primærkilden kunne bidratt til en større forståelse for Lazarus og Folkmans teori, og en mindre sannsynlighet for feiltolkninger.

### 3.4.3 Etikk i oppgaveskriving

Forskningsetikk er et område av etikken hvor en vurderer forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Det omfatter en vurdering av alle sider ved forskningen, fra planlegging, gjennomføring og hvordan resultatene anvendes og rapporteres. Forskningsetikk innebærer å ivareta personvernet og sikre at deltakerne i forskning ikke blir utsatt for skade eller unødvendige belastninger. Forskningsetiske komiteer vurderer om deltakernes og samfunnets interesser ivaretas ved forskning (Dalland, 2016, s. 236). I denne oppgaven har jeg vært bevisst på å følge de etiske prinsippene. Forfatterne av oversiktsartikkelen «The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting» har gjennomgått sjekklistene for studiene i artikkelen. Alle var etisk godkjent. De fem andre forskningsartiklene er godkjent av forskningsetiske komiteer. Studiene har overholdt prinsippene knyttet til frivillighet, anonymitet og informert samtykke. I en litteraturstudie skal en overholde akademiske normer for kildehenvisning (Thideman, 2015, s. 12). All litteratur og forskning refererer til riktig kilde i oppgaven. Det er viktig for å unngå plagiat.



## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres et sammendrag av hver av de valgte artiklene for å gi en oversikt over funnene.

### 4.1 The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting – A Systematic Review

Forskningsartikkelen er en systematisk oversiktsstudie og er skrevet av Prip, Møller, Nielsen, Jarden, Olsen og Danielsen (2018). Formålet med studien var å belyse kreftpasienters perspektiv i møte med helsepersonell under cytostatika behandling på poliklinikk. Pasientenes opplevelser og behov for relasjoner og kommunikasjon med helsepersonell ble undersøkt. Etter systematisk litteratursøk ble 5 kvalitative og 4 kvantitative studier inkludert. Det var totalt 5050 deltakere. Studiene ble utført i Belgia, Tyskland, Island, Irland, Spania, Sverige, Storbritannia og New Zealand. De kvalitative studiene samlet inn data ved semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer, mens de kvantitative studiene brukte tverrsnittstudier og en prospektiv undersøkelse. Resultatene viste at forholdet mellom pasienter og sykepleier er viktig for pasientens evne til mestring og har innvirkning på tilfredsstillelse av omsorg. De verdsette kommunikasjon som ble tilrettelagt på en personlig og meningsfull måte. Helsepersonell spilte en sentral rolle i å styrke håp og positivitet. Det ble fremhevet at håp og positivitet er et behov og en strategi for pasienter med kreft. Det siste funnet viste at det både var fordeler og ulemper ved å gå på en onkologisk poliklinikk. Poliklinisk beliggenhet gjorde det lettere for pasienter å opprettholde en følelse av normalitet og trygghet knyttet til hjemmet, mens andre pasienter følte seg isolerte og alene med sykdommen.

### 4.2 Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works

Gibbons og Groarke (2018) har skrevet denne kvalitative studien hvor formålet var å undersøke hvilke mestringsstrategier kvinner med brystkreft bruker for å mestre bivirkningene og bekymringene ved cytostatika behandling. Det ble brukt en fenomenologisk tilnærming som metode med semistrukturerte intervjuer. Studien rapporterer erfaringene til 20 kvinner fra Storbritannia. De ble rekruttert via et nasjonalt screeningsprogram for brystkreft og gjennom symptomatiske brystkreftklinikker. Resultatene ble organisert etter tre hovedtemaer: Atferdsmestring, emosjonell mestring og mestringsvurdering. Kvinnene engasjerte seg i en rekke mestringsstrategier som omfattet atferdsendringer eller opprettholdelse av atferd for å kontrollere bivirkningene av behandlingen. En av strategiene



var forbyggende mestring, hvor kvinnene hadde kjøpt parykk på forhånd for å redusere bekymringene ved å miste håret, og tap av femininitet og kroppsbilde. Emosjonell mestring ble vektlagt av deltakerne. Strategien ble anvendt ved at de fokuserte på noe nytt og positivt for å distrahere seg fra behandlingen, for eksempel å møte venner på kafé eller dra på morsomme aktiviteter. Deltakerne diskuterte også hvordan de opplevde deres evne til å håndtere bivirkningene av cytostatika, og vansklighetene de møtte. De vurderte på den måten sin egen mestring, hvor hårtap fremsto som den mest vanligste utfordringen.

#### 4.3 Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer

Studien er utført av Backman, Browall, Sundberg og Wengström (2015) i Sverige. Formålet var å utforske hvordan kvinner med brystkreft opplever fysisk aktivitet under adjuvant cytostatika behandling. 16 kvinnelige brystkreftpasienter deltok i studien. De hadde nylig vært med på en intervensjon for fysisk aktivitet. Intervensjonen var basert på et individuelt tilpasset treningsprogram. Programmet begynte etter den andre cytostatika behandlingen, og varte i 16 uker. Treningen ble utført på et treningsstudio i rehabiliteringsenheten ved sykehuset, to ganger i uken. Treningen foregikk under tilsyn av sykepleier og personlig trener. Studien brukte et kvalitativt design og samlet inn data gjennom dybdeintervju og individuelle fokusgruppeintervju. Innholdsanalysen resulterte i fem kategorier: Solidaritet med andre og være god mot seg selv, opplevelse av funksjonsforbedring og sosial støtte, empowerment og motivasjon, barrierer ved fysisk aktivitet under behandling, og muliggjør helse og uavhengighet. Fysisk aktivitet var et godt verktøy for å opprettholde og gjenopprette fysisk, mental og sosial helse. Det ga kvinnene en grunn til å forlate hjemme og fokusere på annet enn sykdommen. Teamet i programmet var en viktig sosial støtte som ga dem styrke og motivasjon. Kvinnene opplevde færre bivirkninger, og økt fysisk kapasitet og selvtillit.

#### 4.4 Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: a qualitative study in adult patients with cancer

Dette er en kvalitativ studie som er gjort av Coolbrandt, Dierckx de Casterlé, Wildiers, Aertgeerts, Van der Elst, Achterberg og Millisen (2015). Studien undersøker hvordan kreftpasienter mestrer bivirkningene av cellegiftbehandling i hjemmet, og ideer og faktorer som påvirker deres evne til å mestre behandlingen. Undersøkelsen inkluderer også helsepersonellens rolle i mestringsprosessen. Studien ble gjennomført på et

Universitetssykehus i Belgia. 27 kreftpasienter deltok på individuelle semistrukturerte intervjuer, deriblant pasienter med brystkreft. Etter analyse viste resultatene at håndtering av bivirkninger fra cytostatika var en personlig prosess. En må erfare og lære hvordan bivirkningene forekommer over tid for å kunne mestre dem. Pasientene fortalte om personlige opplevelser med bivirkninger og strategier for å mestre utfordringene. Mestringsstrategiene var formet av personlige faktorer og miljøfaktorer. Personlige faktorer innebærer pasientens opplevelse av kreftbehandlingen og kontroll. Miljøfaktorer handler for eksempel om tilgang til informasjon og helsepersonellens holdninger. Pasientene var opptatt av at helsepersonellet viste interesse og omsorg. Funnene indikerer ifølge forskerne at helsepersonell aktivt bør engasjere seg i pasientenes personlige symptomopplevelse og mestringsstrategi. Forbedring av sosial støtte og profesjonell veiledning er viktig for å sikre best mulig mestring av bivirkningene.

#### 4.5 A Nurse-led Care Program for Breast Cancer Patients in a Chemotherapy Day Center – A Randomized Controlled Trial

Forskningsartikkelen er en randomisert kontrollert studie som er gjennomført av Lai, Ching, Wong, Leung, Lee, Wong og Lo (2019). Hensikten var å utforske effekten av et sykepleierledet omsorgsprogram for brystkreftpasienter under cytostatika behandling på poliklinikk. Programmet gikk ut på at pasientene fikk en konsultasjon hos sykepleier før oppstart av behandling, og telefonoppfølging av sykepleier under behandlingen. 120 brystkreftpasienter fra Hong Kong ble tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen. Kontrollgruppen fikk den rutinemessige omsorgen, mens intervensjonen mottok både den rutinemessige omsorgen og omsorgsprogrammet. Den rutinemessige omsorgen inkluderte kort informasjon og undervisning før oppstart av cytostatika. I tillegg til støtte og oppfølging på de dagene hvor pasientene møtte opp på poliklinikk for å få administrert cytostatika, og tilgang til en telefontjeneste forbeholdt til pasienter. Det ble samlet inn data kvantitativt ved hjelp av spørreskjemaer, og kvalitativt ved individuelle intervju med noen av deltakerne i intervensjonsgruppen. Funnene viste at omsorgsprogrammet oppfylte behovet for informasjon og ga svar på spørsmålene pasientene ofte satt med hjemme etter behandling. Intervensjonsdeltakerne fikk råd, psykologisk støtte og informasjon om mestringsstrategier. Bekymringene for bivirkninger hos deltakerne var dermed betydelig mindre i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Informasjon fra sykepleier var verdifull for deltakerne, og hjalp dem til å mestre bivirkningene av cytostatika.

#### 4.6 Exercise – A Path to Wellness During Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer?

Husebø, Allan, Karlsen, Søreide og Bru (2015) sin kvalitative studie undersøker hvordan trening påvirker fysisk og psykososialt velvære hos brystkreftpasienter under tilleggsbehandling med cytostatika. Det ble gjennomført 5 fokusgruppeintervjuer med totalt 27 voksne kvinner diagnostisert med tidlig brystkreft. Fokusgruppeintervjuene foregikk på et sykehus i Norge. I forkant hadde kvinnene deltatt på et planlagt hjemmebasert treningsprogram i omtrent 19 uker. Treningsprogrammet besto av 30 minutter rask gange hver dag og styrkeøvelser. Kvinnene ble oppfølgt av treningstemaet gjennom telefonsamtaler hver uke, og førte treningsdagbøker. Tre hovedtemaer kom frem fra analysen av intervjuene: Trening gir følelser av psykologisk velvære, trening stimulerer følelser av fysisk velvære, og trening påvirker sosialt velvære. Treningen ble oppfattet som terapi for deres psykologiske velvære. Programmet bidro i å ta tankene bort fra sykdommen og mestre emosjonelle vansker. Treningen hjalp dem i å opprettholde normale rutiner i hverdagen. Kvinne opplevde mer energi og krefter i hverdagen. Det ble sett på som en mestringsopplevelse når en kunne være en del av et treningsprogram og gjøre noe selv for å bekjempe kreftens utfordringer.

#### 4.7 Samlet analyse av resultat

Ut fra de seks valgte artiklene kan en se likheter og ulikheter i pasientenes erfaringer. Sykepleier og annet helsepersonell som viser interesse og omsorg var viktig for pasientene. (Coolbrandt et al., 2015; Gibbons og Groarke, 2018; Lai et al., 2019; Prip et al., 2018). Kommunikasjon, støtte, informasjon og kontinuerlig oppfølging var ifølge alle artiklene essensielt for at pasientene skal kunne klare å mestre utfordringene som sykdommen og behandlingen medfører (Backman et al., 2015; Coolbrandt et al., 2015; Gibbons og Groarke, 2018; Husebø et al., 2015; Lai et al., 2019; Prip et al., 2018). Pasientopplevelsen av å håndtere bivirkningene var en personlig prosess hvor det ble tatt i bruk flere ulike strategier (Coolbrandt et al., 2015). Emosjonell mestring, atferdsmestring, positivitet og opplevd kontroll var nyttige mestringsstrategier (Backman et al., 2015; Coolbrandt et al., 2015; Gibbons og Groarke, 2018; Husebø et al., 2015; Lai et al., 2019; Prip et al., 2018). To av artiklene tar for seg fysisk aktivitet som mestringsstrategi (Backman et al., 2015; Husebø et al., 2015). Fysisk aktivitet styrket pasientenes fysiske, psykiske og sosiale helse. Treningsprogram førte til mindre bivirkninger, tok tankene bort fra sykdommen og ga økt energitilskudd.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil det drøftes hvordan sykepleier kan hjelpe brystkreftpasienten til mestring i behandlingsforløpet ut ifra funn i forskningsartikler og teoretisk litteratur.

### 5.1 Kommunikasjon

Studien til Prip et al. (2018) viser at kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er av fundamental betydning. Spesielt ble forholdet til sykepleierne fremhevet som viktig for god omsorg og for å kunne mestre sykdommen. En av pasientene beskrev at det var de omsorgsfulle møtene med sykepleier og lege betydde mest for henne, og at den medisinske behandlingen kom i andre rekke. Deltakerne i studien til Coolbrandt et al. (2015) legger også vekt på kommunikasjon med helsepersonell. Kommunikasjon ble betraktet som en styrke gjennom behandlingen. Ifølge Reitan (2017, s. 104) er kommunikasjon er grunnleggende for sykepleier til å forstå og møte pasientens behov, gi informasjon og hjelpe pasienten til å mestre kreftsykdommen sin.

Sykepleiere med mellommenneskelige ferdigheter var ifølge deltakerne i studien til Prip et al. (2018) nødvendig for god kommunikasjon. Å være tillitsfull, være lyttende, ha en medfølelse holdning og bruke en omsorgsfull tilnærming var sentrale elementer for å forme forholdet mellom sykepleier og pasient. I tillegg følte pasientene seg anerkjent ved å bli tiltalt med fornavn. Travelbee (1999, s. 186-189) mener at sykepleier skal verdsette den enkelte som et unikt individ. Det betyr at sykepleier bør anerkjenne det unike ved hvert menneske, og på den måten etablere et menneske-til-menneske-forhold. Prip et al. (2018) forteller kommunikasjon som ble tilrettelagt på en personlig og meningsfull måte var verdifullt for pasientene, for eksempel ved hjelp av øyekontakt og dialog. Reitan (2017, s. 106) påpeker at lytting, vise empati og vise anerkjennelse er responderende ferdigheter, som sykepleiere skal kunne bruke i samtale med pasienten.

I studiene til Lai et al. (2019) og Coolbrandt et al. (2015) satte pasientene stor pris på sykepleiere som tok initiativ til å spør om eller diskutere bivirkningene deres. Pasientene ønsket å føle at sykepleier oppriktig brydde seg om bivirkningene deres, og at symptomene ved bivirkninger var et viktig tema for dem. Ifølge Travelbee (1999, s. 281) er empati og medfølelse en verdi for gjensidig forståelse og kontakt. Noen av deltakerne i studien til Coolbrandt et al. (2015) opplevde vanskeligheter med å mestre behandlingen når de ikke

hadde god kontakt med helsepersonell. Dette viser betydningen av å etablere et forhold ved cytostatikabehandling. Gjennom god kommunikasjon kan sykepleier og pasient skape et godt forhold som gir gode forutsetninger for mestring.

## 5.2 Kartlegging av pasientenes bivirkninger og individuelle behov

Studien til Coolbrandt et al. (2015) viser at kreftpasientene opplevde mestring ved cytostatikabehandlingen som en personlig prosess. For å kunne mestre bivirkningene måtte en først oppdage hvordan bivirkningene kom til å vise seg, hvordan en ville føle seg, om de var alvorlige, og hvordan de påvirket hverdagen. Det var nødvendig for å kunne lære seg å mestre bivirkningene. Schlichting og Wist (2018, s. 338) belyser om at bivirkningene hos brystkreftpasienter varierer fra kvinne til kvinne, og er avhengig av hvilke typer cytostatika som blir gitt. Noen merker lite eller ingen bivirkninger, mens andre plages sterkt. Kartlegging av pasientens bivirkninger og utfordringer kan være med å bevisstgjøre sykepleieren hva pasienten har behov for. ESAS-skjema (Edmonton Symptom Assessment System) er for eksempel et kjent kartleggingsverktøy. Davison, Jhangri og Johnson forklarer ifølge Lorentsen og Grov (2016, s. 410) at ESAS-skjemaet kartlegger flere symptomer samtidig. ESAS er opprinnelig en kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge, men forskning har vist at skjemaet også er egnet for pasienter i andre stadier i sykdomsforløpet og ved andre diagnoser. Skjemaet består av åtte symptomer, blant annet slapphet, smerte, kvalme og angst. I skjemaet graderer pasientene sin opplevelse av hvert symptom på en skala fra null til ti. I tillegg graderer pasienten opplevd velvære og eventuelle andre problem han/hun plages med. ESAS-skjemaet kan passe godt som kartleggingsverktøy for brystkreftpasienter ettersom at det inneholder flere av bivirkningene som kvinnene opplever under cytostatikabehandlingen. Det kan bidra til at sykepleier får et innblikk i hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige for å oppnå mestring hos hver enkelt pasient.

Det fremkom videre i studien til Coolbrandt et al. (2015) at pasientene opplevde den personlige prosessen på ulike måter, og i hvilken grad de opplevde en bivirkning som belastende var en kompleks og personlig vurdering. Hvordan bivirkningene påvirket pasienten og den enkeltes hverdag ble ikke bare bestemt av bivirkningenes alvorlighetsgrad, mønster og varighet, men også av den enkeltes roller, identitet, sosiale nettverk og støtte. Det hadde betydning for hvordan pasientene taklet behandlingen. Dette støttes i studien til Gibbons og Groarke (2018) hvor noen kvinner opplevde en bivirkning som mer

bekymringsfullt enn andre, og hadde større vanskeligheter med å mestre den. Travelbee (1999, s. 141) hevder at sykepleier må lære den syke å kjenne dersom hun skal kunne hjelpe hver enkelt av de syke til å mestre sykdom og lidelse. Hvert menneske er unikt og har sin egen individuelle måte å reagere på under påkjenninger. Sykepleier vil ikke kunne gi meningsfull hjelp hvis ikke hun har innsikt i hvordan hver enkelt vanligvis takler påkjenninger og vanskeligheter.

Schjølberg (2017, s. 154-158) skriver at fatigue er en vanlig bivirkning ved kreftbehandling, og blir omtalt som det mest stressende og plagsomme symptomet. Fatigue blir beskrevet av pasienter som tretthet, svakhet, nedstemthet, energiløshet og mangel på motivasjon. Det finnes egne kartleggingsskjemaer for fatigue, men pasientens egen dagbok har også vist seg å være et viktig hjelpemiddel i registrering av fatigue. Ved å føre dagbok kan pasienten beskrive sine opplevelser av fatigue og andre bivirkninger, blant annet når de opptrer, hvor lenge de varer og hvordan de påvirker daglige gjøremål. I studiene til Gibbons og Groarke (2018) og Coolbrandt et al. (2015) førte kvinnene dagbøker gjennom behandlingen som de la frem til sykepleier ved time på poliklinikk. Det kan bidra til at sykepleier får et godt innblikk i hvilke bivirkninger som oppstår og hvordan de påvirker pasienten. Pasientene var positive til dagbøkene. De følte at dagbøkene gjorde det lettere for dem å stille spørsmål ettersom at sykepleier gikk igjennom dagbøkene. Symmetriske relasjoner i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan være viktig i den sammenheng. Det vil si ifølge Reitan (2017, s. 105) en toveis kommunikasjon hvor både kunnskaper, opplevelser og følelser er med i dialogen. Begge parter kan lære noe av hverandre i et slikt forhold. Travelbee (1999, s. 142) mener at et menneske-til-menneske-forhold og god kommunikasjon er nødvendig for at sykepleieren skal kunne fastslå og identifisere pasientens behov og ressurser. En kan tenke seg at dagbøker kan være nyttige for sykepleier til å bli bedre kjent med pasientenes erfaringer og personlige opplevelser. Pasientenes egne dagbøker kan dermed brukes som et viktig supplement ved kartlegging av bivirkninger, ressurser og individuelle behov.

### 5.3 Omsorgsprogrammer som løsning for mestring i hverdagen?

#### 5.3.1 Informasjon og individualisert sykepleie

I alle studiene står informasjon sentralt for å kunne mestre sykdommen og behandlingen (Backman et al., 2015; Coolbrandt et al., 2015; Gibbons og Groarke, 2018; Husebø et al., 2015; Lai et al., 2019; Prip et al., 2018). Lazarus og Folkman mente ifølge Renolen (2015, s.

170) at å søke informasjon og ny kunnskap er tiltak som fokuserer på løsninger. Det er en mestringsstrategi som kalles problemfokuseret mestring. Det fremkommer i flere av studiene at mange av pasientene likevel opplevde mangel på informasjon (Backman et al., 2015; Coolbrandt et al., 2015; Gibbons og Groarke, 2018; Prip et al., 2018). Funn i studien til Lai et al. (2019) viste at et sykepleierledet omsorgsprogram kunne ivareta behovet for informasjon. Programmet besto av en konsultasjon hos sykepleier før oppstart av behandling, og telefonoppfølging av sykepleier under behandlingen. Det kan gi pasientene muligheter for å oppnå en problemfokuseret mestring.

Brystkreftpasientene i studien til Lai et al. (2019) beskrev at konsultasjon hos sykepleier før oppstart av behandling gjorde at de bedre kunne forberede seg fysisk og psykisk for cytostatikabehandlingen. De fikk informasjon om bivirkninger og mestringsstrategier for å lindre bivirkningene. Ifølge Kvåle (2002, s. 49) må sykepleier sørge for at pasienten har fått informasjon om hva cytostatikabehandling er, hvordan den virker, eventuelle bivirkninger som kan oppstå, og hvordan de kan forebygges og lindres. Tidlig informasjon om behandlingsforløpet og bivirkninger kan bidra til at pasientene føler seg tryggere på hva som kommer i vente og de får tid til å forberede seg. For eksempel i studien til Gibbons og Groarke (2018) forberedte kvinnene seg ved å ta i bruk mestringsstrategier for å oppleve en kontroll over kreften. For flere av kvinnene opplevdes det som traumatisk å miste håret sitt, ettersom at de følte at mistet noe av feminiteten sin og fordi det påvirket kroppsbilde. Mange kjøpte dermed parykk på forhånd. Denne strategien hjalp kvinnene i å få økt kontroll over situasjonen og sykdommen sin. Noen valgte også å klippe håret kortere eller barbere det av på forhånd, i stedet for å la kreften «ta håret deres». De forberedte seg på en endring i utseende. Bredal (2017, s. 481-482) forklarer at god informasjon gjør situasjonen mer forutsigbar og trygg. Sykepleier bør sørge for at pasienten får rekvisisjon til parykk eller hodeplagg, og informasjon om parykksalonger. Gibbons og Groarke (2018) skriver at å forutse bivirkninger og delta i strategier for å redusere effekten av disse, understreker viktigheten av å gi nøyaktig informasjon. Det gjelder både informasjon om bivirkningene av behandlingen og mestringsstrategier. Deltakerne i studien til Backman et al. (2015) la også vekt på tidlig informasjon om mestringsstrategier. En kvinne ga uttrykk for at hun mente at helsepersonell burde være mer forhånd med å gi informasjon om den positive effekten av fysisk aktivitet. Konsultasjon hos sykepleier før oppstart av behandling kan være hensiktsmessig for å få tilstrekkelig informasjon og dermed oppnå problemfokuseret mestring.

Antonovsky (2012, s. 39-40) skrev i sin teori om opplevelse av sammenheng (OAS). Han mente at det var tre komponenter som var avgjørende for å oppleve sammenheng i tilværelsen og mestre hverdagen med ulike stressfaktorer. Begripelighet er et av komponentene, og betyr at en har en forståelse for det en utsettes for. Antonovsky mente at personer som skårer høyt på begripelighet forventer enn mer forutsigbar fremtid, og hvis det skulle forekomme noe uventet vil det kunne plasseres i en sammenheng og forklares. Det vil si at pasienter som har en forståelse for det en utsettes for, er mer mottakelige for behandlingen og mer forberedt. For at pasientene skal få en forståelse for situasjonen er det viktig at sykepleier gir god informasjon. Pasientene i studien til Lai et al. (2019) opplevde gjennom omsorgsprogrammet å få individualisert informasjon. Det førte til en større forståelse for sykdommen og behandlingen. Kvinnene fikk også nyttig kunnskap under behandling gjennom telefonsamtaler med sykepleier. Ifølge Reitan (2017, s. 108) er det store individuelle forskjeller i pasientenes informasjonsbehov, og sykepleier bør være oppmerksom på dette. Dette kan en se i sammenheng med studien til Coolbrandt et al. (2015) der deltakerne hadde et stort behov for informasjon som var tilpasset den enkelte pasient.

### 5.3.2 Oppfølging og kontinuitet i behandlingsforløpet

Prip et al. (2018) og Coolbrandt et al. (2015) skrev i studiene at pasientene følte seg isolert og alene med sykdommen. De hadde ofte bekymringer og spørsmål hjemme etter behandlingene på onkologisk poliklinikk. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) utføres det mer poliklinisk behandling og det blir færre og kortere sykehusinnleggelse. Reitan (2017, s. 109) belyser at når behandlingen foregår poliklinisk er tiden begrenset. Det gir store utfordringer både ved oppfølging av medisinsk og sykepleiefaglig informasjon, og kontinuitet i informasjonsformidling. Dette underbygges i studien til Lai et al. (2019) hvor funnene viser at brystkreftpasientene som kun fikk den rutinemessige omsorgen på poliklinikk opplevde større grad av bekymring enn de som deltok i omsorgsprogrammet. Pasientene erfarte at omsorgsprogrammet var essensielt for å ivareta deres behov mellom behandlingene. Det var en stor fordel, ifølge kvinnene. De hadde ofte spørsmål når de kom hjem etter behandlingene, og telefonsamtalene med sykepleier gjorde at de fikk oppfølgingen de trengte.

I studien til Coolbrandt et al. (2015) kommer det frem at pasientene opplevde en mangel på ressurser mellom behandlingene. De syntes det var vanskelig å mestre bivirkningene på egenhånd. Antonovsky (2012, s. 40) hevder at høy grad av håndterbarhet er nødvendig for å mestre utfordringene en står ovenfor. Håndterbarheten er en av kjernekomponentene, og betyr



at en opplever at en har tilstrekkelige ressurser til å kunne håndtere situasjonen. Det kan bety ressurser som en har kontroll over selv eller ressurser som kontrolleres av andre. Det bør være en man føler er til å stole på og som en har tillit til. I dette tilfellet kan sykepleier være en uvurderlig ressurs gjennom omsorgsprogrammet. Sykepleier kan bidra med kontinuitet mellom behandlingene, slik at pasientene kan få hjelp til å mestre utfordringer hjemme. Ved å ta i bruk omsorgsprogrammet kan pasient og sykepleier lettere etablere et tillitsforhold. Et menneske-til-menneske-forhold er viktig for at den syke skal få tillit til sykepleier og for å kunne ivareta den sykes behov, ifølge Travelbee (1999, s. 207-210). Sykepleier kan altså gi kontinuerlig støtte og omsorg via omsorgsprogrammet, slik at den enkelte pasient får dekket ressursene som er nødvendig for å håndtere behandlingen og sykdommen. Dahl (2016, s. 49) påpeker at omsorg, tillit og kontinuitet er det pasientene verdsetter mest.

#### 5.4 Fysisk aktivitet

Studiene til Backman et al. (2015) og Husebø et al. (2015) viste at fysisk aktivitet var betydningsfullt for å oppleve mestring hos brystkreftpasienter. Renolen (2015, s. 170-171) skriver om Lazarus og Folkman sin mestringsstrategi, emosjonsfokuset mestring. Emosjonsfokuset mestring innebærer at en forsøker å dempe det følelsesmessige ubehaget. Det kan en for eksempel gjøre ved å distrahere seg fra problemer. Deltakerne i studien til Husebø et al. (2015) brukte emosjonell mestring som strategi. De opplevde at treningen bidro til å ta tankene bort fra sykdommen. De beskrev det som «å løpe bort» fra problemene sine. Dette kan en også se i tråd med studien til Backman et al. (2015) hvor pasientene ga uttrykk for at treningen gjorde at de ble mindre følelsesmessig påvirket av behandlingen. De hadde et mål for dagen og en grunn til å forlate hjemmet. I studien til Backman et al. (2015) følte kvinnene at treningen var som et pusterom fra sykdommen.

Folkman og Greer legger også vekt på meningsfokuset mestring som strategi (Renolen, 2015, s. 171). Det kan en oppnå når finner mening i situasjonen en har kommet i og får kontakt med indre verdier. Folkman og Greer løfter frem fire positivt orienterte strategier for å oppleve mening. Det er å skape positive øyeblikk, finne fordeler, fokusere på det som har størst betydning og revurdering av mål. Mål kan gi håp og optimisme, mens det å fokusere på fordelene med en situasjon vil gi et sterkere positivt syn på en selv og verden. Både det hjemmebaserte treningsprogrammet i studien til Husebø et al. (2015) og treningsprogrammet i studien til Backman et al. (2015) ga mange positive effekter. Funn i studiene viste at

pasientene opplevde reduserte bivirkninger, for eksempel mindre fatigue og svimmelhet. Pasientenes fysiske kapasitet hadde blitt bedre under behandlingen enn før de ble syke. Dette overrasket mange positivt. Andre synes det var en stor fordel at treningsprogrammet bidro i å opprettholde sin fysiske form. Bivirkningene ble for flere av pasientene i studien til Backman et al. (2015) sterkere gjennom behandlingsforløpet. Det gjorde det vanskelig å følge treningsprogrammet. Denne utfordringen ble mestret i studien til Husebø et al. (2015) ved å ta pauser og ved å redusere treningsintensiteten. Bredal (2017, s. 482) påpeker at cytostatikabehandling er en fysisk og psykisk påkjenning. Sykepleier bør oppmuntre pasienten og forsøke å hjelpe den enkelte til å finne en balanse mellom fysisk aktivitet og hvile.

I tillegg til at treningen hadde en positiv fysisk effekt ved reduserte bivirkninger og større utholdenhet, var den også viktig for psykisk velvære. I studien til Backman et al. (2015) deltok pasientene i et treningsprogram hvor de fikk veiledning av personlig trener og sykepleier på rehabiliteringsenheten ved sykehuset. Her fikk de trene med andre pasienter i samme livssituasjon. Det bidro til et trygt og avslappet miljø i forhold til et vanlig treningsstudio. De satte pris på muligheten til å utveksle erfaringer med andre pasienter i samme miljø. Sykepleier og personlig trener hjalp pasientene med å tilpasse treningen. Kvinnene i studien til Husebø et al. (2015) skjønnte at de hadde glipp av muligheten for økt sosial støtte når de trente hjemme alene. Å delta i et tilpasset treningsprogram sammen med andre pasienter i samme situasjon gir muligheter for meningsfokuset mestring. Travelbee (1999, s. 228) forklarer at det ikke er en lett oppgave å hjelpe mennesker til å gi dem mening i det tilsynelatende meningsløse. Å gi mening er en kompleks oppgave som krever dømmekraft, innsikt og ferdigheter fra sykepleieren sin side. Ifølge Antonovsky (2012, s. 39-41) må komponenten meningsfullhet være tilstede for å kunne oppleve sammenheng og mestring i tilværelsen.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven er det blitt drøftet om hvordan sykepleier kan hjelpe og tilrettelegge til mestring for brystkreftpasienter under cytostatikabehandling. Drøftingen viser at det er store individuelle forskjeller i hvordan pasientene mestrer sykdommen og behandlingsforløpet. En god kontakt mellom sykepleier og pasient kan gi gode forutsetninger for mestring.

Sykepleiere kan ved hjelp av kartleggingsverktøy og kommunikasjon kartlegge pasientens individuelle behov for mestring. Pasientene opplevde mangel på informasjon og kontinuitet gjennom behandlingen. Sykepleierledede omsorgsprogrammer kan bidra til å ivareta pasientens behov og gi hensiktsmessig oppfølging. Pasientene satte stor pris på tidlig og tilrettelagt informasjon. Det hjalp dem til å føle seg forberedt på bivirkningene og utfordringer som følge av cytostatikabehandlingen. Det kan gi en problemfokuset mestring. Fysisk aktivitet var en essensiell mestringsstrategi for pasientene både fysisk og psykisk. Tilrettelagte treningsprogram med andre kreftpasienter og oppfølging av sykepleier var betydningsfullt. Kommunikasjon, informasjon, kontinuitet og oppfølging kan gi gode muligheter for å oppleve sammenheng i tilværelsen og mestring. Resultatene viser at brystkreftpasientene opplever store utfordringer og manglende kontinuitet gjennom behandlingen. Videre forskning er nødvendig for å belyse dette ytterligere.

## 7.0 Referanser

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Backman, M., Browall, M, Sundberg, C. J., & Wengström, Y. (2015). Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 160-167.

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ejon.2015.09.007>

Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg., side 477-484). Oslo: Cappelen Damm AS

Coolbrandt, A., Dierckx de Casterlé, B., Wildiers, H., Aertgeerts, B., Van der Elst, E., Achterberg, T. & Millisen, K. (2015). Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: A qualitative study in adult patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 25(1), 79-92. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/ecc.12303>

Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom – psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm AS

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Gibbons, A. & Groarke, A-M. (2018). Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 85-91.

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ejon.2018.06.003>

Hagströmer, M. & Hassmén, P. (2015). Å vurdere og styre fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., side 117). Bergen: Fagbokforlaget

Helsebiblioteket (u.å.). *Sjekklistor*. Hentet 26. mars fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2017, 28. februar). *Brystkreft – pakkeforløp*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft>

Helsedirektoratet. (2019, 2. mai). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Hentet fra

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brystkrefthandlingsprogram.pdf/\\_/attachment/inline/2b3fce62-d2b2-4a11-95e1-443ad31c5dac:92c065f24d2b7e18c8b51653101fa451fdb2aed7/Brystkrefthandlingsprogram.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brystkrefthandlingsprogram.pdf/_/attachment/inline/2b3fce62-d2b2-4a11-95e1-443ad31c5dac:92c065f24d2b7e18c8b51653101fa451fdb2aed7/Brystkrefthandlingsprogram.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 18. april). *Leve med kreft*. Nasjonal kreftsstrategi 2018-2022. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1ecc38940888a589ec86d79da20/regjerings\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1ecc38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf)

Helsenorge. (2019, 28. mai). *Brystkreft*. Hentet fra

<https://helsenorge.no/sykdom/kreft/brystkreft>

Husebø, A. M., Allan, H., Karlsen, B., Søreide, J., & Bru, E. (2015). Exercise – A Path to Wellness During Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 38(5), 13-20. DOI: [10.1097/NCC.000000000000205](https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000205)

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *CINAHL*. Hentet 8. april 2020 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/cinahl/>

Høgskulem på Vestlandet. (u.å.). PubMed. Hentet 8. april 2020 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?query=PubMed&filters=Sjukepleie>

Jansson og Anderssen (2015). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., side 37). Bergen: Fagbokforlaget

Kreftforeningen. (2019, 25. november). *Fysisk aktivitet under og etter kreft*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/fysisk-aktivitet/>

Kreftforeningen. (2020, 19. mars). *Brystkreft – cancer mammae*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kreftforeningen. (2020, 3. april). *Brystkreftscreening*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-masseundersokelse/brystkreftscreening/>

Kreftforeningen. (2020, 21. april). *Ventetider og pakkeforløp*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/helsevesen-og-fastlege/ventetider/>

Kreftflex. (u.å.). Brystkreft. Hentet 20. mars 2020 fra <https://kreftflex.no/Brystkreft>

Kreftflex. (u.å.). Overlevelse ved brystkreft. Hentet 22. mars 2020 fra <https://kreftflex.no/Brystkreft/BAKGRUNN/Prognose?CancerType=Bryst>

Kreftflex. (u.å.). Stadier og spredningsmønster ved brystkreft. Hentet 20. mars fra <https://kreftflex.no/Brystkreft/BAKGRUNN/Utbredelse?CancerType=Bryst>

Kreftflex. (u.å.). Årsaker til brystkreft. Hentet 23. mars 2020 fra <https://kreftflex.no/Brystkreft/BAKGRUNN/Arsak?CancerType=Bryst>

Kreftregisteret. (2020, 3. februar). Brystkreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/temasider/kreftformer/brystkreft>

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lai, X. B., Ching, S. S. Y., Wong, F. K. Y., Leung, C. W. Y., Lee, L. H., Wong, J. S. Y. & Lo, Y. F. (2019). A Nurse-Led Care Program for Breast Cancer Patients in a Chemotherapy Day Center: A Randomized Controlled Trial. *Cancer nursing – An International Journal for Cancer Care*, 42(1), 20-34.  
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1097/NCC.0000000000000539>

Lorentsen, V. B. & Grov E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., side 405). Oslo: Gyldendal Akademisk

Nakken, E. S. (2017). Kjemoterapi. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg., side 385-392). Oslo: Cappelen Damm AS

NBCG – Norsk Bryst Cancer Gruppe. (u.å.) *Retningslinjer*. Hentet 23. mars fra <https://nbcg.no/retningslinjer/>

Onkolex. (2018, 18 februar). *Behandling av brystkreft*. Hentet fra <http://oncolex.no/Bryst/Prosedyre katalog/BEHANDLING?lg=procedureGroup>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Prip, A., Møller, K. A., Nielsen, D. L., Jarden, M., Olsen, M-H & Danielsen, A. K. (2018). The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting – A Systematic Review. *Cancer Nursing – An International Journal for Cancer Care*, 41(5), 11-22. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1097/NCC.0000000000000533>

Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg., side 104-111). Oslo: Cappelen Damm AS

Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg., side 33). Oslo: Cappelen Damm AS

- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdring – Handling*. (4. utg., side 86-99). Oslo: Cappelen Damm AS
- Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker – en innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ribu, L. (2017). Livskvalitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdring – Handling*. (4. utg., side 50). Oslo: Cappelen Damm AS
- Schjølberg, T. Kr. (2017). Fatigue I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdring – Handling*. (4. utg., side 153-158). Oslo: Cappelen Damm AS
- Schjølberg, T. Kr. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdring – Handling*. (4. utg., side 132-138). Oslo: Cappelen Damm AS
- Schlichting, E. & Wist, E. (2018). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., side 437-450). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Thune, I. (2015). Kreft. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., side 359-373). Bergen: Fagbokforlaget
- Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdring – Handling*. (4. utg., side 466-472). Oslo: Cappelen Damm AS



Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal  
Akademisk

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Søketableller

Tabell 3 - CINAHL

Søk i CINAHL database 22. mars 2020			
Nummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
1	Outpatient clinics		18 240
2	Chemotherapy		90 747
3	Cancer		442 507
4	Nurse*		517 169
5	Coping		61 323
6	1 and 2 and 3 and 4 and 5	Year 2015-2020 Peer reviewed	1

Søk nr. 6 ga treff på artikkelen «*The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting*» (Prip, Møller, Nielsen, Jarden, Olsen og Danielsen, 2018).

Tabell 4 - CINAHL

Søk i CINAHL database 22 mars. 2020			
Nummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
1	Cancer		442 407
2	Chemotherapy		90747
3	Care*		1 573 761
4	Side effects		45 518
5	Treatment		409 091
6	1 and 2 and 3 and 4 and 5	Year 2015-2020 Peer Reviewed	324

Etter søk nr. 6 ble artikkelen «*Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: A qualitative study in adult patients with cancer*» (Coolbrandt, Dierckx de Casterlé, Wildiers, Aertgeerts, Van der Elst, Achterberg og Millisen, 2015) funnet.

Tabell 5 - PubMed

Søk i PubMed 28. mars 2020			
Nummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
1	Breast cancer or breast neoplasms or breast tumor		410 852
2	Physical activity or exercise		551 775
3	Nurse*		80 763
4	Chemotherapy		333 3755
5	1 and 2 and 3 and 4	Year 2015-2020 Peer reviewed	13

Artikkelen «*Exercise – A Path to Wellness During Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer*» (Husebø, Allan, Karlsen, Søreide og Bru, 2015) ble funnet etter søk nr. 5.

Tabell 6 - CINAHL

Søk i CINAHL database 26. mars 2020			
Nummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
1	Breast cancer or breast neoplasms or breast tumor		105 282
2	Chemotherapy		90 747
3	Physical activity or exercise		147 164
4	1 and 2 and 3	Year 2015-2020 Peer reviewed	212

Søk nr. 4 ga treff på artikkelen «*Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer*» (Backman, Browall, Sundberg og Wengström, 2015).

## 8.2 Litteratormatriser

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Lai, Ching, Wong, Leung, Lee, Wong & Lo (2019). <i>A Nurse-led Care Program for Breast Cancer Patients in a Chemotherapy Day Center – A Randomized Controlled Trial.</i>	Hensikten var å utforske effekten av et sykepleierledet omsorgsprogram for brystkreftpasienter under cytostatika behandling på poliklinikk.	Studien er en randomisert kontrollert studie. Det ble samlet inn data kvantitativt ved spørreskjema og kvalitativt ved individuelle intervju. Spørreskjema ble gitt før randomisering, midt i cellegift og en måned etter cellegift. Deltakerne fikk informasjon om studien og signerte samtykkeskjema.	120 pasienter med brystkreft over 18 år som fikk cytostatika for første gang deltok. Deltakerne ble tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen fikk omsorgsprogrammet. Kontrollgruppen fikk den rutinemessige omsorgen. Studien er gjort på et sykehus i Hong Kong.	Programmet var nyttig og ga muligheter for kommunikasjon og informasjon mellom pasient og sykepleier. Det fylte behovet for oppfølging mellom behandlingene. Intervensjonsdeltakerne opplevde et lavere bekymringsnivå ved bivirkninger, og hadde høyere tilfredshet med omsorgen som ble gitt. De fikk psykologisk støtte og hjelp til å mestre ubehag.	Deltakerne fikk omfattende, kontinuerlig og individualisert omsorg. Programmet kan være nyttig for å mestre bivirkninger og få oppfylt behovet for større og omsorg mellom behandlingene.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Prip, Møller, Nielsen, Jarden, Olsen og Danielsen (2018).  <i>The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting – A Systematic Review.</i>	Målet med studien var å oppsummere litteraturen om voksne pasienters opplevelser og behov for relasjoner og kommunikasjon med helsepersonell under cytostatika i onkologisk poliklinikk.	Den systematiske litteraturgjennomgangen ble utført i henhold til PRISMA-retningslinjer og PICO-rammeverket. 5 kvalitative og 4 kvantitative studier ble inkludert etter nøye lesing og kritisk taksering. De kvalitative studiene samlet inn data ved semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer, mens de kvantitative studiene brukte tverrsnittstudier og en prospektiv undersøkelse.	5050 kvinner og menn ble inkludert. Deltakerne var diagnostisert med kreft, deriblant brystkreft. Studiene ble utført i Belgia, Tyskland, Island, Irland, Spania, Sverige, Storbritannia og New Zealand.	3 hovedfunn belyste målet med studien: Forholdet mellom pasientene og helsepersonell er viktig for pasientens evne til mestring, og påvirker tilfredshet med omsorgen. Håp og positivitet viste seg å være et behov og en strategi. Det siste hovedfunnet viste at poliklinikk påvirker kommunikasjon og relasjoner.	Kommunikasjon og en relasjon mellom pasient og helsepersonell er av stor betydning for å møte pasientens individuelle behov, og for å gi støtte og lette pasientenes evne til å mestre kreft i hverdagen.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Coolbrandt, Dierckx de Casterlé, Wildiers, Aertgeerts, Van der Elst, Achterberg og Millisen (2015).  <i>Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: A qualitative study in adult patients with cancer.</i>	Studien undersøker hvordan kreftpasienter mestrer bivirkningene av cellegiftbehandling i hjemmet, og ideer og faktorer som påvirker deres evne til å mestre behandlingen. Undersøkelsen inkluderer også helsepersonellens rolle i mestringsprosessen.	Studien er kvalitativ. Det ble gjort individuelle semistrukturerte intervjuer. Forskerne brukte en Grounded Theory-tilnærming. Denne tilnærmingen er spesielt nyttig for å forstå komplekse fenomener.	27 kreftpasienter over 18 år deltok i studien, deriblant brystkreftpasienter. Det var på et universitetssykehus i Belgia.	Resultatene viste at håndtering av bivirkninger fra cytostatika var en personlig prosess. En må erfare og lære hvordan bivirkningene forekommer over tid for å kunne mestre dem. Mestringsstrategiene var formet av personlige faktorer og miljøfaktorer.	Funnene indikerer ifølge forskerne at helsepersonell aktivt bør engasjere seg i pasientenes personlige symptomopplevelse og mestringsstrategi, for å hjelpe pasientene til å oppnå mestring.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Husebø, Allan, Karlsen, Søreide og Bru (2015).  <i>Exercise – A Path to Wellness During Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer.</i>	Studie undersøker hvordan trening påvirker fysisk og psykososialt velvære hos brystkreftpasienter under tilleggsbehandling med cytostatika.	Det ble gjennomført 5 fokusgruppeintervjuer med totalt 27 voksne kvinner diagnostisert med tidlig brystkreft. Fokusgruppeintervjuene foregikk på et sykehus i Norge. I forkant hadde kvinnene deltatt på et planlagt hjemmebasert treningsprogram i omtrent 19 uker.	27 voksne kvinner diagnostisert med tidlig brystkreft deltok i studien.	Tre hovedtemaer kom frem fra analysen av intervjuene: Trening gir følelser av psykologisk velvære, trening stimulerer følelser av fysisk velvære, og trening påvirker sosialt velvære. Kvinnen opplevde energi og krefter.	Trening under brystkreftbehandling styrker pasientens fysiske og psykiske velvære, som kan gi mestring.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Backman, Browall, Sundberg og Wengström (2015).  <i>Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer.</i>	Formålet var å utforske hvordan kvinner med brystkreft opplever fysisk aktivitet under adjuvant cytostatika-behandling.	Studien brukte et kvalitativt design og samlet inn data gjennom dybdeintervju og individuelle fokusgruppeintervju.	16 kvinnelige brystkreftpasienter deltok i studien. De hadde nylig vært med på et treningsprogram ved rehabiliteringsenheten på sykehuset.	Fysisk aktivitet var et godt verktøy for å opprettholde og gjenopprette fysisk, mental og sosial helse. Det ga kvinnene en grunn til å forlate hjemme og fokusere på annet enn sykdommen. Teamet i programmet var en viktig sosial støtte som ga dem styrke og motivasjon.	Fysisk aktivitet var et verktøy som lindret bivirkninger og ga kvinnene en følelse av å få et pusterom fra sykdommen.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Gibbons og Groarke (2018).  <i>Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works.</i>	Formålet var å undersøke hvilke mestringsstrategier kvinner med brystkreft bruker for å mestre bivirkningene og bekymringene ved cytostatika behandling.	Det ble brukt en fenomenologisk tilnærming som metode med semistrukturerte intervjuer.	Studien rapporterer erfaringene til 20 kvinner fra Storbritannia. De ble rekruttert via et nasjonalt screeningsprogram for brystkreft og gjennom symptomatiske brystkreftklinikker.	Resultatene ble organisert etter tre hovedtemaer: Atferdsmestring, emosjonell mestring og mestringsvurdering. En av strategiene var forbyggende mestring, hvor kvinnene hadde kjøpt parykk på forhånd for å redusere engstelsen ved å miste håret.	Å forutse bivirkninger og delta i mestringsstrategier kan bidra til mestring.

### 8.3 Sjekklistor

#### 8.3.1 The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting – A systematic review

Det ble brukt en sjekkliste for oversiktsartikler når denne artikkelen skulle kritisk vurderes. Sjekklisten ble hentet fra helsebiblioteket (u.å.).

#### 8.3.2 Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: A qualitative study in adult patients with cancer

Det ble brukt en sjekkliste for kvalitative studier når denne artikkelen skulle kritisk vurderes. Sjekklisten ble hentet fra helsebiblioteket (u.å.).

#### 8.3.3 Exercise – A Path to Wellness During Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer

Det ble brukt en sjekkliste for kvalitative studier når denne artikkelen skulle kritisk vurderes. Sjekklisten ble hentet fra helsebiblioteket (u.å.).

#### 8.3.4 A Nurse-Led Care Program for Breast Cancer Patients in a Chemotherapy Day Center - A Randomized Controlled Trial.

Det ble brukt en sjekkliste for randomisert kontrollerte studier når denne artikkelen skulle kritisk vurderes. Sjekklisten ble hentet fra helsebiblioteket (u.å.).

#### 8.3.5 Experiencing health – Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer

Det ble brukt en sjekkliste for kvalitative studier når denne artikkelen skulle kritisk vurderes. Sjekklisten ble hentet fra helsebiblioteket (u.å.).

#### 8.3.6 Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works

Det ble brukt en sjekkliste for kvalitative studier når denne artikkelen skulle kritisk vurderes. Sjekklisten ble hentet fra helsebiblioteket (u.å.).



### 8.3.7 Eksempel på sjekkliste

Sjekklisten vurderer artikkelen “Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: A qualitative study in adult patients with cancer”.

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

## (A) Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Studien undersøker hvordan kreftpasienter mestrer bivirkningene av cellegiftbehandling i hjemmet, og ideer og faktorer som påvirker deres evne til å mestre behandlingen.

Cellegiftbehandlingene utføres hovedsakelig på poliklinikk. Forskerne ønsket dermed å undersøke hvordan pasientene håndterte dette hjemme på egenhånd, og hvilken rolle helsepersonellet hadde i denne prosessen.

Problemstillingen er relevant ettersom at artikkelen belyser hvordan kreftpasientene kan mestre behandlingen. Artikkelen kan bidra til å gi nyttig informasjon om temaet i min oppgave.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien har som mål å både forstå og belyse kreftpasienters erfaringer og opplevelser under behandling med cytostatika.

## Skal du fortsette vurderingen?

**Tips:**

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Forskerne brukte en Grounded Theory-tilnærming. Denne tilnærmingen er spesielt nyttig for å forstå komplekse fenomener.

Dataene ble analysert med den kvalitative analyseguiden til Leuven (QUAGOL). Den er utviklet for å legge spesielt til rette for kvalitativ dataanalyse innenfor Grounded Theory-tilnærmingen.

#### Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Når man bruker f.eks. *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.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Studien ble gjennomført på et Universitetssykehus i Belgia. 27 kreftpasienter over 18 år deltok på studien, deriblant brystkreftpasienter. Pasientene var under cellegiftbehandling på onkologisk poliklinikk. Begge kjønn deltok. Pasientene som deltok i studien hadde milde til alvorlige symptomer.

Pasientene som var svært preget fysisk, mentalt og psykisk ble ikke invitert til å delta. Forskerne spurte sykepleier på forhånd om råd angående dette.

Forskerne sørget for at pasientene hadde vært gjennom to behandlingssykluser for at erfaringen til pasientene skulle være tilstrekkelig.

### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Individuelle semistrukturerte intervjuer ble gjennomført. Intervjuene ble gjennomført på sykehuset eller hjemme hos pasienten, alt etter hva pasienten ønsket. Med tillatelse fra deltakerne ble intervjuer spilt inn for å foreta analyse av ordrett transkripsjoner. Lydopptakene ble ødelagt etter at de ble transkribert.

Forskerne stilte spørsmål om hvordan de opplevde bivirkningene og hvordan de mestret dem. Det ble også samlet informasjon om årsaker, motivasjon og barrierer i forbindelse med behandlingen. De ble også spurt hvilken rolle sykepleier hadde. Pasientene hadde dagbøker som de tok med på intervjuene hvor de hadde dokumentert sine erfaringer. Det gjorde det lettere å huske og fortelle om sine opplevelser.

---

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?** JA UKLART NEI

En mulig begrensning påpeker forskerne er at deltakerne ble valgt fra et sykehus. Utvalget er lite og det gir en viss usikkerhet om deltakerne representerer gjennomsnittet.

Forskere fikk ikke utforsket pårørendes rolle i pasientens mestringsprosess, selv om pårørende er en viktig støtte for pasienten.

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

---

**7. Er etiske forhold vurdert?** JA UKLART NEI

Studien ble godkjent av Research Ethics Board ved Universitetssykehuset, Leuven i Belgia.

Forskere ga skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt og mål. Pasientene fikk tilstrekkelig med tid til å lese den skriftlige studieinformasjonen og til å vurdere deltakelse. Pasientene ga skriftlig samtykke. Forskere sikret konfidensialitet for all personlig informasjon som ble sagt i intervjuene.

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

---

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?** JA UKLART NEI

Forskere brukte en Grounded Theory-tilnærming. Denne tilnærmingen er spesielt nyttig for å forstå komplekse fenomener.

Dataene ble analysert med den kvalitative analyseguiden til Leuven (QUAGOL). Den er utviklet for å legge spesielt til rette for kvalitativ dataanalyse innenfor Grounded Theory-tilnærmingen.

Analysen begynte med at forskerne leste de transkriberte intervjuene for å få en forståelse av intrvjuene. Etter analyse kom kategoriserte forskere funnene.

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

---

**Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?** JA UKLART NEI

## (B) Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** 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 få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Resultatene viser at håndtering av bivirkninger fra cytostatika var en personlig prosess. Pasientene må erfare og lære hvordan bivirkningene forekommer over tid for å kunne mestre dem. Pasientene fortalte om personlige opplevelser med bivirkninger og strategier for å mestre utfordringene. Mestringsstrategiene var formet av personlige faktorer og miljøfaktorer. Personlige faktorer innebærer pasientens opplevelse av kreftbehandlingen og kontroll. Miljøfaktorer handler for eksempel om tilgang til informasjon og helsepersonellens holdninger. Pasientene var opptatt av at helsepersonellet viste interesse og omsorg.

Funnene er diskutert opp mot problemstillingen. Forskerne har også trukket inn en god del andre kilder for å både vurdere og underbygge funnene, og for å argumentere for og imot.

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Forskerne har vurdert funnene opp mot dagen praksis. Ifølge forskerne er det viktig at sykepleier blant annet engasjerer seg i pasientens personlige opplevelse av bivirkningene. Det kan bidra til mestring.

Funnene er nyttige, men forskerne påpeker at det er viktig med videre forskning for å få et bedre innblikk i hvordan kreftpasienter mestrer sykdommen og behandlingen hjemme.