



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sykepleiefaglig, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Vurderingsform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl. 14:00

Kandidatnr.: 8

Antall ord: 8635

Sammendrag

Bakgrunn: Å få en kreftsykdom rammer hele mennesket, både psykisk og fysisk.

Behandlingen vil også kunne påvirke pasienten. Cytostatikabehandling har ofte kraftige bivirkninger som for eksempel fatigue, kvalme og oppkast. Det er viktig for sykepleieren å ha kunnskap om hva som kan hjelpe pasientene til å mestre disse bivirkningene.

Hensikt: Lære mer om kreft og mestring av bivirkninger av cytostatika. Lære hva pasienten selv kan gjøre for å mestre bivirkningene, samt hva sykepleiere kan gjøre for å fremme mestring av slike bivirkninger hos kreftpasientene.

Metode: Litteraturstudie, med systematisk gjennomgang av relevant forskning og litteratur. Litteratursøk ble gjort i CINAHL, SveMed+ og PubMed. Fem artikler ble inkludert i oppgaven.

Resultater: Det finnes både problemfokuserte og emosjonsfokuserte mestringsstrategier mot bivirkningene fatigue, hårtap, kvalme og oppkast. Informasjon er viktig for mestring av bivirkninger. For mestring av kvalme og oppkast har acupressure og veiledning vist seg å ha positiv effekt. Bruk av reseptbelagte medikamenter, kostveiledning og andre tiltak har også vist seg å ha effekt mot kvalme og oppkast. For mestring av fatigue har trening god effekt, men også tiltak som distraksjon og avslapning kan bidra til å redusere fatigue og dermed bidra til mestring. Ved hårtap går mange av sykepleietiltakene ut på å hjelpe pasienten til å akseptere hårtapet slik at det blir enklere å mestre. Noen av tiltakene går også ut på å hjelpe pasienten til å finne midler som kan skjule endringene ved hårtap.

Abstract

Background: To be diagnosed with cancer affects the whole person, both mentally and physically. The treatment may also affect the patient. Chemotherapy often has powerful side effects like fatigue, nausea and vomiting. It is important for the nurse to have knowledge about what might help the patients to cope with these side effects.

Aim: To learn more about cancer and coping with side effects of chemotherapy. To learn what the patient can do to cope with the side effects, and what the nurses can do to promote coping of these side effects for the cancer patients.

Method: Literature study, with a systematic review of relevant research and literature. Search for literature was done in CINAHL, SveMed+ and PubMed. Five articles were included in this thesis.

Results: There are both problem focused and emotion focused strategies for coping with the side effects fatigue, loss of hair, nausea and vomiting. Information is important for coping with side effects. For coping with nausea and vomiting, acupuncture and counseling evidently have positive effect. Use of prescription drugs, nutrition counseling and other measures have also proven to be effective against nausea and vomiting. For coping with fatigue working out has a positive effect, but also measures like distraction and relaxation can help reduce fatigue and thereby contribute to coping. For loss of hair a lot of the nursing interventions involve helping the patient accept the hair loss which makes it easier to cope with. Some of the measures also involve helping the patient to find items that can cover up the changes caused by hair loss.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensning og presisering.....	2
1.5 Oppgavens disposisjon.....	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk	3
2.1 Kreft	3
2.1.1 Behandling	3
2.1.2 Cytostatikabehandling	4
2.2 Mestring	6
2.2.1 Lazarus og Folkmans teori om mestring	6
2.3 Sykepleiefaglig perspektiv	7
3.0 Metode	9
3.1 Hva er metode.....	9
3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	9
3.2 Litteraturstudie.....	9
3.3 Litteratursøk og valg av litteratur	10
3.4 Kildekritikk	11
3.5 Etske aspekter	12
4.0 Presentasjon av funn	14
4.1 Mestring av kvalme og oppkast.....	14
4.2 Mestring av fatigue	15
4.3 Mestring av opplevelsen av håravfall	16

5.0 Drøfting	17
5.1 Informasjon	17
5.2 Mestring av kvalme og oppkast.....	18
5.2.1 Egenomsorgsaktiviteter mot kvalme og oppkast	18
5.2.2 Acupressure og veiledning	19
5.2.3 Trening	20
5.3 Mestring av fatigue	20
5.3.1 Egenomsorgsaktiviteter mot fatigue	20
5.3.2 Trening, distraksjon og avslapping, informasjon og fremming av søvn.....	21
5.4 Mestring av opplevelsen av hårtap	22
5.4.1 Sorg	23
5.4.2 Endret kroppsbilde	24
6.0 Avslutning	25
Referanseliste	27
Vedlegg 1: Søkeord	30
Vedlegg 2: Sammendrag av artikler	32

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tallene for nye krefttilfeller øker stadig. I 2010 ble det registrert 28 271 nye tilfeller av kreft i Norge. 53 % av tilfellene var blant menn og 47 % av tilfellene var blant kvinner. Over en femårsperiode har en sett en økning av krefttilfeller på 7 % hos menn og 3 % hos kvinner (Kreftregisteret, 2012).

Å få en kreftsykdom rammer hele mennesket, både fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt. Kreftsykdommen rammer mennesket fysisk i form av langvarig behandling som ofte fører med seg mange bivirkninger. Behandlingen pasienten får vil også kunne være en psykisk påkjenning (Lorentsen & Grov, 2010, s. 401, 405). Cytostatikabehandling gir ofte alvorlige bivirkninger. Fatigue, kvalme og oppkast, søvnproblemer, forstyrrelser i tarmfunksjonen og smaksforandringer er vanlige bivirkninger. Bivirkningene kan være overveldene, og gjøre at noen pasienter kanskje ikke gjennomfører behandlingen (Williams & Schreier, 2004). Hårtap er også vanlig ved cytostatikabehandling og kan være en ubehagelig opplevelse for dem som opplever det, blant annet fordi hårtap er forbundet med sykdom og tap av utseende og seksualitet (Dougherty, 2007).

Hvordan pasienter med kronisk sykdom mestrer sin situasjon, kan være avgjørende for opplevelsen av deres livskvalitet (Hanssen & Natvig, 2007, s. 40).

Med stadig høyere forekomst av kreft vil en som sykepleier kunne møte kreftpasienter i flere sammenhenger. For å kunne hjelpe disse pasientene på best mulig måte, kan det være viktig å ha kunnskap om mestring av kreft.

I praksis på kirurgisk og medisinsk avdeling har jeg møtt pasienter med svært forskjellige måter å mestre sin sykdom, symptomer, behandling og nye livssituasjon på. Jeg synes det er vanskelig å møte pasienter med alvorlige kreftdiagnoser, og jeg ønsker å øke min kunnskap om dette emnet slik at jeg kan hjelpe pasientene på en bedre måte.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er at jeg skal lære mer om kreft og mestring av bivirkninger av cytostatika. Jeg vil lære hva pasienten selv kan gjøre for å mestre bivirkningene, samt hva sykepleiere kan gjøre for å fremme mestring av slike bivirkninger hos kreftpasientene.

1.3 Problemstilling

Jeg ønsker å skrive om mestring av bivirkninger av cytostatikabehandling hos pasienter med diagnostisert kreftsykdom, og hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å hjelpe disse pasientene til mestring. På bakgrunn av disse faktorene har jeg valgt problemstillingen:

”Hvordan fremme mestring av bivirkninger av cytostatikabehandling hos pasienter med kreft?”

1.4 Avgrensning og presisering

I min oppgave vil jeg fokusere på pasienter som har fått en kreftdiagnose, og som får behandling med cytostatika. Jeg vil fokusere på de fysiske konsekvensene av behandlingen, og spesielt legge fokus på bivirkninger som kvalme og oppkast, fatigue og hårtap. Jeg vil fokusere på hva pasientene kan gjøre for å mestre disse bivirkningene, og hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe dem til å mestre bivirkningene. For å avgrense oppgaven vil jeg fokusere på voksne pasienter. Dette vil si at jeg utelater litteratur og forskning som kun er relevant for barn/ungdom og geriatriske pasienter.

1.5 Oppgavens disposisjon

I denne oppgaven vil det først bli presentert et begrepsmessig rammeverk som er relevant for oppgaven. Emner som blir presentert er kreft, mestring og sykepleieteoretisk perspektiv. Videre vil oppgavens metode bli presentert, samt annen relevant litteratur om metode. I kapittel 4 vil funn fra de valgte forskningsartiklene bli presentert. I kapittel 5 vil problemstillingen bli drøftet i lys av relevant forskning, teori og litteratur. Tilslutt kommer en avslutning med svar på problemstillingen og implikasjoner for praksis.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Kreft

Kreft er en samlebetegnelse for forskjellige kreftsykdommer. De forskjellige kreftsykdommene arter seg forskjellig, men felles for dem er at de starter med ukontrollert celledeling (Norsk helseinformatikk [NHI], 2009, World Health Organization, 2012). Den ukontrollerte celledelingen oppstår på grunn av en feil i gener som skal styre celledeling og vekst. Feilen gjør at genet mister sin kontrollfunksjon og celledelingen blir ukontrollert. Ukontrollert celledeling kan føre til både godartede og ondartede svulster (NHI, 2009, Lorentsen & Grov, 2010, s. 402).

Ved godartede svulster er det bare en enkel overvekst av celler som ikke har spredd seg. Ved ondartede svulster har cellene forandret seg og begynt å spre seg til andre deler av kroppen (NHI, 2009). Spredningen kan skje på flere måter, men spredning gjennom blodbanen eller lymfekar er vanligst (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise 2009, s. 23).

Kreft kan forårsakes av både indre og ytre faktorer, eller en kombinasjon av begge. Ytre faktorer kan være fysiske påvirkninger som stråling, mikroorganismer og kjemiske stoffer. Indre faktorer kan være arvelige forhold, immunologiske forhold og hormonell påvirkning (Jacobsen et al., 2009, s. 23-25).

Kreft inndeles i stadier etter hvor langt sykdommen har utviklet seg. Stadiene brukes blant annet til å vurdere hvilken behandling den enkelte skal få, og hvilken prognose pasienten har. Det finnes flere stadieklassifiseringer for de fleste kreftformer. En vanlig måte er å bruke en inndeling med fire stadier. Eksempel på en slik inndeling kan være: stadium 1: lokal vekst, stadium 2: infiltrasjon i det affiserte organet, stadium 3: metastaser til nærliggende lymfeknuter, stadium 4: fjernmetastaser til andre organer. Både prognose og behandlingsmuligheter er best i stadium 1 og dårligst i stadium 4 (Jacobsen et al., 2009, s. 25-26).

2.1.1 Behandling

Behandlingsmulighetene for mange kreftsykdommer er bedre jo tidligere sykdommen blir oppdaget. Det finnes fem behandlingsprinsipper ved kreft. Disse er: operasjon, strålebehandling, cytostatikabehandling, hormonbehandling og annen medikamentell behandling. Ofte kreves det kombinasjonsbehandling ved kreftsykdom. For eksempel kan operasjon kombineres med strålebehandling og/eller cytostatikabehandling. Før en kan sette i

gang behandlingen må en definere målet med den. Dette gjør en blant annet ved å se på histologisk diagnose, sykdommens utbredelse og pasientens kliniske tilstand. Er målet at pasienten skal bli helbredet velges en kurativ behandling. Det er ikke dermed sagt at pasienten kommer til å bli helbredet, men det er det målet en sikter mot. Er målet livsforlengelse, symptomforebygging, symptomlindring eller en kombinasjon av disse, velger en palliativ eller lindrende behandling (Jacobsen et al., 2009, s. 26-29).

Jeg har valgt å begrense meg til bare å skrive om cytostatikabehandling da det er denne behandlingen som er sentral for min problemstilling.

2.1.2 Cytostatikabehandling

Ved cytostatikabehandling, også kalt cellegift, er hovedmålet å skade tumoren (Lorentsen & Grov, 2010, s.402). Det er i første rekke celler som er i rask vekst som blir angrepet. Hurtigvoksende svulsttyper er derfor oftere mer følsomme for cellegift enn langsomt voksende svulsttyper (Jacobsen et al. 2009, s. 30, Lorentsen & Grov, 2010, s. 402-403). For at behandlingen skal ha effekt må svulstvevet reagere kraftigere enn det normale vevet (Jacobsen et al., 2009, s. 30). Det finnes mange typer cytostatika, og ofte kombineres flere typer i en cytostatikakur. Kurene gis etter en fast plan i et bestemt tidsrom som kan vare fra noen uker til mange måneder. De ulike typene cytostatika har forskjellige virkninger og bivirkninger. Det finnes også forskjellige administrasjonsmåter. Vanligvis gis cytostatika i tablettform eller som intravenøs behandling. Når cytostatika gis som intravenøs behandling, kan behandlingen vare fra 15-20 minutter til flere timer eller døgn (Lorentsen & Grov, 2010, s. 403).

Behandling med cytostatika gir ofte store bivirkninger. Grunnen til dette er at cellegiften også påvirker normale celler. Som nevnt tidligere virker cytostatika best på celler med rask delingshastighet. Eksempler på slike celler er celler i beinmarg, slimhinner, hud, hårfollikler og kjønnskjertlene (gonadene) (Lorentsen & Grov, 2010, s. 403). Vanlige bivirkninger av cytostatika er aplastisk anemi, leukopeni, trombocyttopeni, anoreksi (appetittløshet), kvalme, brekninger, diaré, blødninger fra mage-tarmkanalen eller urinveier, nedsatt fertilitet pga. manglende egglosning eller spermiedannelse, polynevropati og håravfall. Cytostatika kan også ha karsinogen (kreftfremkallende) effekt og teratogen effekt (føre til misdannelser) (Jacobsen et al., 2009, s. 30-31). Fatigue, kvalme og oppkast er de bivirkningene som er blitt rapportert som de verste og vanskeligste til å mestre, men også

håravfall oppleves som vanskelig for mange pasienter (de Nijs, Ros & Grijpdonck, 2008, Suh, 2012, Dougherty, 2007).

Kvalme og brekninger er som nevnt, vanlige bivirkninger ved cytostatikabehandling. Mange pasienter synes denne bivirkningen er den mest belastende, og kvinner er mer plaget enn menn. En kan skille mellom ulike typer kvalme. Disse er: akutt kvalme, forsinket kvalme og forventet kvalme. Akutt kvalme oppstår 2-24 timer etter behandling. Forsinket kvalme oppstår 48-72 timer etter behandling. Forventet kvalme, også kalt betinget kvalme, oppstår hos pasienter som har fått cellegift tidligere. Kvalmen oppstår før eller rett etter kuren er satt. Alt som minner om cytostatikabehandling kan utløse kvalme. Kvalme og oppkast kan bidra til nedsatt appetitt, underernæring, væsketap og elektrolyttforstyrrelser. Dette kan igjen bidra til psykisk og fysisk utmattelse (Lorentsen & Grov, 2010, s. 408).

Vekttap er et stort problem hos mange kreftpasienter, spesielt med fremskreden sykdom. Som nevnt kan behandlingen pasienten får innvirke på pasientens evne til å spise og drikke. Også pasientens tilstand før sykdommen og selve kreften kan gjøre dette. Cytostatikabehandling kan gi en rekke bivirkninger og symptomer som kan føre til appetittløshet. De vanligste årsakene til dette er smaksforandringer, munnsårhet, munntørrhet, kvalme og brekninger. Depresjon kan også være en årsak til appetittløshet. Det er viktig å ha fokus på kosthold og ernæring hos alle pasienter med kreft også i den tidlige fasen. God ernæringstilstand øker motstandskraften mot både sykdom og toksisk behandling (Lorentsen & Grov, 2010, s. 409).

De fleste pasienter som blir behandlet med cytostatika, får i større eller mindre grad fatigue. Fatigue vil si tretthet og utmattelse der søvn og hvile nødvendig vis ikke gir bedring av tilstanden. Ord som svakhet, mangel på energi, kraftløshet og slapphet brukes også for å karakterisere tilstanden. En kan skille mellom primær og sekundær fatigue. Primær fatigue kan være vanskelig å behandle og forårsakes av for eksempel tumorvekst og opphopning av cytokiner. Sekundær fatigue skyldes symptomer og sykdom som opptrer sammen med kreftsykdommen, for eksempel anemi, feber, avmagring, infeksjoner og den medisinske behandlingen (eks. cytostatika) (Lorentsen & Grov, 2010, s. 403, 407).

Håravfall er, som nevnt tidligere, en vanlig bivirkning av cytostatika. Omfanget av håravfall varierer ut fra hvilken type cytostatika pasienten får. Grunnen til at cytostatika fører til håravfall, er at hårceller har hurtig celledeling. Pasienten kan miste alt kroppshår (bl.a. håret på hode, kjønns hår, øyebryn og øyenvipper). Håret begynner vanligvis å falle av et par uker etter første cytostatikakur. Håret kan forsvinne ganske fort og falle av i store doser. Så å si alle får tilbake håret etter avsluttet behandling. Gjenveksten av håret skjer etter noen uker til

et par måneder etter behandlingen er avsluttet. Når håret kommer tilbake, kan fargen og kvaliteten på det være kan være endret. For mange pasienter er det en ubehagelig opplevelse å miste håret. Tap av hår, øyebryn og øyevipper vil også gi pasienten endret utseende. Dette kan virke inn på pasientens kroppsbilde og selvbilde. Hårtap vil også stadig påminne om sykdommen (Lorentsen & Grov, 2010, s. 406).

2.2 Mestring

Det finnes ingen enhetlig definisjon av begrepet mestring (Eide & Eide, 2007, s. 166). Men en kan si at mestring er et allmennmenneskelig fenomen. I dagligtale brukes det ofte synonymt med å klare seg, å greie seg og å få noe til. Dette er generelle sider ved mestring, mens mestring i spesielle situasjoner handler om måten mennesker møter belastende situasjoner på. I denne sammenhengen kan mestring oppfattes som summen av indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som en person bruker for å gjenfinne meningen med livet og for å beherske, tolerere og redusere de ytre og indre belastningene vedkommende er utsatt for (Reitan, 2010, s. 74-77). Mestring forutsetter og innebærer at pasienten har tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll (Eide & Eide, 2007, s. 56).

For å takle vanskelige situasjoner, krav eller utfordringer tar den enkelte i bruk mestringsstrategier. Det finnes flere måter å forklare mestringsstrategier på. Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedstrategier: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Havik beskriver mestringsstrategier ut fra forskjellige måter å ha kontroll på: kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll. En annen mestringsstrategi er meningsorientert mestring. Denne strategien går ut på at den enkelte finner verdier som har betydning i ens eget liv, og så arbeider aktivt for å realisere dem. En siste måte å se på mestringsstrategier på er som forsvarsmekanismer. Det vil si ubevisste psykiske reaksjonsmåter som den enkelte iverksetter for å redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel (Reitan, 2010, s. 80-82).

2.2.1 Lazarus og Folkmans teori om mestring

Lazarus og Folkman ser på mestring som en prosess hvor en kommer frem til kognitive og atferdsmessige tiltak for å takle indre og ytre krav som overstiger personens ressurser (Renolen, 2008, s. 148-149). De har utviklet en modell over mestringsprosessen. Ut i fra modellen har både situasjonen og personen særegne karakteristika og kjennetegn (Hanssen & Natvig, 2007, s. 48). I mestringsprosessen vil den som står overfor en stressfylt situasjon først

foreta en primærvurdering. Her vurderer personen situasjonen og hvor farlig eller truende den er (Renolen, 2008, s. 148-149). Om situasjonen oppleves som farlig eller stressende vil personen foreta en sekundærvurdering. Her vurderes hva som faktisk kan gjøres (hvilke mestringsstrategier som kan brukes), og hvilke konsekvenser handlingene kan få. Vurderingen er subjektiv og trenger ikke stå i samsvar med den reelle situasjonen. Det neste steget i modellen er at personen prøver å mestre situasjonen. Underveis og/eller etter mestringen foretar personen en revurdering av effekten til strategiene som ble brukt (Renolen, 2008, s. 148-149, Hanssen & Natvig, 2007, s. 48-49).

Som nevnt tidligere skiller Lazarus og Folkman mellom to hovedstrategier for mestring; problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Problemfokusede mestringsstrategier kjennetegnes av tiltak som fokuserer på problemløsning. Tiltakene kan være rettet mot omgivelsene eller mot en selv. Kjentegnet ved emosjonsfokuset mestring er at en prøver å endre følelsesreaksjonene som oppstår ved stress. Dette kan en for eksempel gjøre ved kognitive strategier, fysisk aktivitet, bruk av medikamenter eller alkohol. I forsøk på å mestre stress veksler en mellom disse to strategiene, og en foretar stadige revurderinger av mestringsforsøkene. De to mestringsstrategiene utfyller hverandre og begge er like viktige. Den ene strategien er ikke bedre enn den andre (Renolen, 2008, s. 150).

Effekten av mestring inndeles i kortsiktig og langsiktig resultat. Kortsiktig resultat er endrede følelser og tanker, og faktiske endringer etter mestring. Langsiktig resultat av mestring vil være helse, velvære og livskvalitet. Det langsiktige resultatet er imidlertid et resultat av mestring i/over flere situasjoner, ikke bare en enkeltsituasjon (Hanssen & Natvig, 2007, s. 48-49).

2.3 Sykepleiefaglig perspektiv

I møte med pasienter med kreft vil en kunne utøve god sykepleie ved å bruke Travelbees sykepleieteori som utgangspunkt for sykepleieutøvelsen, blant annet fordi hun fokuserer på mestring, betydningen av kommunikasjon og at hver person er unik.

Joyce Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren hjelper personer til å forebygge, mestre og eventuelt finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Sykepleieren arbeider for å skape forandringer. Hun prøver å hjelpe personer til bevisstgjøring om hvordan sykdom, funksjonssvikt og lidelse kan forebygges, og hvordan en kan handle for å ha høyest mulig nivå av helse (Travelbee, 1999, s.29-30).

Travelbee (1999, s. 56-57) ser på hvert menneske som en unik person, og den enkeltes opplevelse av sykdom og lidelse vil derfor være personlig. To personer kan stå ovenfor samme erfaring, men reagere på sin egen unike måte siden deres tidligere erfaringer er ulike.

Travelbee (1999, s. 117) mener også det å understøtte pasientens håp er en viktig sykepleieoppgave. Ved å støtte pasientens håp hjelper sykepleieren pasienten til å mestre lidelsen. Travelbee (1999, s. 117) definerer håp som ”en mental tilstand karakterisert ved ønsket om og nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebtes, ligger innenfor det oppnåelige”.

Travelbee (1999, s. 171, 186-211) mener at sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold dannes gjennom en prosess med flere faser. Disse fasene er: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse, og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Travelbee (1999, s. 135, 139-142) mener kommunikasjon er et svært viktig redskap når en skal danne et menneske-til-menneske-forhold, blant annet fordi det er gjennom kommunikasjon at sykepleieren blir kjent med pasienten som person. Det å bli kjent med pasienten som person er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med pasientens individuelle behov.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Metode kan defineres som en fremgangsmåte for å frembringe ny kunnskap, eller etterprøve påstander. Metode forteller noe om hvordan en bør arbeide for å lage ny kunnskap, eller etterprøve kunnskap som allerede er etablert (Dalland, 2007, s. 83). I følge Dalland (2007, s. 83) er metode det redskapet en bruker når det er noe en vil undersøke.

3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ og kvantitativ metode er to tilnæringsperspektiver innen forskning. I begge metodene kreves det at forskeren må være preget av objektivitet, og at forskningen skal gjennomføres systematisk og ha et vitenskapelig fundament. Likevel har de to perspektivene forskjellige utgangspunkter. I kvalitativ forskning bygger resultatene på et lite antall individer og gjerne mange variabler. Resultatene går dypt inn i temaet som undersøkes og gjelder spesifikke miljøer og omstendigheter. Forskningen er fleksibel og problemstillingen(e) blir løst trinnvis. Forskeren er mer subjektiv og har ofte langvarig kontakt med forsøkspersonene. I kvantitativ forskning bygger resultatene ofte på et stort antall individer og et begrenset antall variabler. Resultatene som fremkommer av forskningen er generelle. Forskningen er strukturert og problemstillingen er entydig formulert på forhånd. Forskeren i kvantitativ forskning er objektiv og har ofte kortvarig eller ingen kontakt med forsøkspersonene (Olsson & Sörensen, 2003, s. 16, 66). Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode kan også brukes sammen, og kalles da ”mixed method”. Ved å bruke begge tilnæringsmåtene får en ulik type informasjon om ett fenomen. Fenomenene som undersøkes blir derfor belyst fra forskjellige synsvinkler (Forsberg & Wengström, 2008, s. 66).

3.2 Litteraturstudie

I en litteraturstudie beskrives og analyseres studier på en systematisk måte (Forsberg & Wengström, 2008, 29). Litteraturen er informasjonskilden, og det er vanlig å hente informasjon fra 5-6 vitenskaplige artikler eller andre relevante vitenskaplige rapporter (Olsson & Sörensen, 2003, s. 91). Det finnes tre hovedtyper litteraturstudier. Disse er: allmenn litteraturstudie (overview), systematisk litteraturstudie (systematic review) og begrepsanalyse (concept analysis) (Forsberg & Wengström, 2008, s. 21,).

Denne oppgaven er inspirert av en systematisk litteraturstudie. Systematisk litteraturstudie er en studie som går ut i fra en tydelig formulert problemstilling, og som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge og analysere relevant forskning. En forutsetning for at en kan gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan danne grunnlaget for oppgaven. I en litteraturstudie bør blant annet følgende kriterier være oppfylt: klart formulert problemstilling, tydelig beskrevne kriterier og metode for søking og utvalg av artikler, studiene er kvalitetsbedømte, relevante studier er inkludert, svake studier er ikke tatt med, og i tillegg til at funn presenteres, presenteres også risikoer og kostnader (Forsberg & Wengström, 2008, s.30-32).

3.3 Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne relevante forskningsartikler til denne oppgaven, har jeg benyttet meg av databasene SveMed+, CINAHL og PubMed, som jeg har tilgang til som student på HSH. Før jeg startet søkeprosessen brukte jeg CINAHL headings og MeSH-ord fra databasen SveMed+ for å finne de mest relevante søkeordene. Søkeordene jeg valgte å bruke var: cancer, fatigue, nausea, hairloss, alopecia, nursing, chemotherapy, og side effect. I starten søkte jeg i tillegg på radiotherapy da jeg vurderte å skrive om bivirkninger av denne behandlingen også. Jeg søkte på ordene i forskjellige kombinasjoner (se vedlegg 1), og for å utelukke artikler som ikke var relevante for oppgaven min hadde jeg visse inklusjonskriterier. Artiklene måtte være forskningsartikler og være på engelsk eller et skandinavisk språk. De måtte ha et sammendrag slik at jeg lett kunne se om de ville passe til min oppgave. Artiklene burde ikke være eldre enn 10 år og de måtte være fagfellevurdert (Peer Reviewed). I CINAHL og PubMed kunne en velge de nevnte faktorer for å avgrense søket. I SveMed+, som er en mindre database, er det ikke like mange valg for å avgrense søket. I denne databasen brukte jeg derfor bare avgrensningen fagfellevurdert.

For å velge ut artikler til oppgaven leste jeg titlene i trefflisten på de forskjellige søkene, og valgte ut artikler med titler som virket mest relevante. Jeg leste igjennom sammendragene av artiklene, og valgte igjen ut de som virket mest relevante for min oppgave. For å vurdere om forskningsartiklene jeg valgte ut var gode og relevante for min oppgave, leste jeg igjennom hele artiklene og brukte sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Disse sjekklister fant jeg på kunnskapssenteret.no. Sjekklister er anbefalt å bruke for lettere å kunne gjøre kritiske vurderinger av forskningslitteratur. Felles for sjekklister er at de blant

annet har spørsmål i forhold til artikkelens problemstilling og resultater (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

Jeg valgte ut fem artikler til å bruke i min oppgave. Av artiklene jeg har valgt er to av dem kvantitative, to av dem litteraturstudier og en av dem ”mixed method”. Sammendrag av artiklene finnes i vedlegg 2.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2012) beskriver kildekritikk som metoder som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Kildekritikken skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som blir brukt i oppgaven. For å gjøre dette vurderer og karakteriserer en kildene som benyttes. Kildekritikk er viktig for at leseren skal få et innblikk i refleksjoner en har gjort om relevansen og gyldigheten til litteraturen som er brukt i oppgaven (Dalland, 2012, 67-72).

Som bakgrunns litteratur i denne oppgaven har jeg brukt litteratur fra pensum, samt relevant litteratur funnet på høyskolens bibliotek og databaser som jeg har tilgang til via høyskolen. Jeg har blant annet tatt med en fagartikkel (av Tipton, McDaniel, Barbour, Johnston, Kayne, LeRoy & Ripple, 2007). Artikkelen er av god kvalitet da den ble skrevet av eksperter på området og den presenterer mye nyttig informasjon.

Alle hovedartiklene jeg har brukt i denne oppgaven er under ti år gamle. Dette er viktig da det stadig utføres ny forskning på de fleste områder. Forskning som er eldre enn ti år, kan dermed være utdatert. Alle de valgte artiklene er også fagfellevurderte. Fagfellevurdering er en kvalitetssikring av artikkelen. Artikkelen og dens innhold blir vurdert av eksperter på fagområdet og må bli godkjent før den publiseres (Dalland, 2012).

Den kvantitative studien av Suh (2012) ble utført på et kreftsentrum i Sør-korea. Dette begrenser studiens overførbarhet til Norge og norske pasienter siden Norge vanligvis ikke blir sammenlignet med Sør-Korea. Artikkelen ble likevel inkludert da det presiseres i artikkelen at deltakernes kjennskap til østlig medisin ikke hadde innflytelse på deres evne til å evaluere effekten av acupressure¹, og at studiens funn derfor er sammenlignbare i vestlig sammenheng.

Litteraturstudien av de Nijs, Ros og Grijpdonck (2008) dekker bare et lite antall sykepleieintervensjoner, men studien ble inkludert da den kan bidra med nyttig informasjon om de intervensjonene som blir tatt opp i studien.

Studien av Andersen, Adamsen, Moeller, Mdtgaard, Quist, Tveteraas og Rorth (2006) brukte dagbøker som informasjonskilde. Det er både positive og negative sider med denne

¹ Acupressure er en metode hvor en legger press på akupunkturpunkter for å påvirke kroppens energiproduksjon (Risberg, 2010, s.269).

metoden. Forskerene brukte en semi-strukturert versjon av dagboken, som hadde en kvalitativ og en kvantitativ del, for å redusere noen av ulempene med å bruke dagbok som metode. Den kvantitative delen gav et detaljert bilde av reaksjonen på intervensjonen, mens den kvalitative delen kunne avsløre nyanser og detaljer. Siden dagboken ble fylt ut hjemme hos deltakeren selv, minimeres risikoen for at informasjonen blir influert av terapeutene.

Litteraturstudien av Dougherty (2007) beskrev ikke metoden for søk og valg av litteratur, begrensninger med studien ble heller ikke nevnt. Studien ble likevel tatt med da den legger frem mange gode sykepleieintervensjoner i forhold til pasienter som opplever hårtap.

Den kvantitative studien av Williams og Schreier (2004) hadde et lite utvalg av deltakere, og bare kvinner med brystkreft ble inkludert i studien. Artikkelen ble likevel tatt med da det blir funnet signifikante endringer mellom kontrollgruppen og eksperimentgruppen, og informasjonen kan være nyttig for sykepleier i møte med kreftpasienter, spesielt pasienter med brystkreft.

3.5 Etiske aspekter

Etikk handler om normene for riktig og god måte å leve på. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger. Forskningsetikk er et område innen etikken som handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Dette innebærer blant annet å ivareta personvernet, og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. I forskning er målet å få ny kunnskap og innsikt. I medisinsk forskning vil forskningsetikk innebære at forskningsdeltakerne ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger og at forskningen ikke må gå på bekostning av personers integritet eller velferd (Dalland, 2012, s. 96).

Kunnskapsdepartementet har oppnevnt en rekke forskningsetiske komitéer. Disse skal veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning skal det i Norge søkes om forhåndsgodkjenning fra en av de sju regionale komitéene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Dalland, 2012, s. 98). Forskningsartiklene jeg har valgt ut til min oppgave er alle fra andre land enn Norge, men alle har fått studien sin godkjent av en komité eller et styre. Forskerene har også innhentet informert samtykke fra deltakerne som deltok i studien.

Plagiat betyr å utgi andres arbeid som om det er ens eget og er motsatt av akademisk redelighet. Akademisk redelighet betyr å la leseren se de refleksjoner en har gjort i forhold til valg av litteratur, og hva de ulike kildene har bidratt med i oppgaven. Av referansene i oppgaven skal det gå klart frem hva som er egne meninger og utsagn, og hva om er andres.

Ved å referere korrekt oppfyller en de akademiske verdiene om åpenhet, etterprøvbarehet, vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon (Dalland, 2012, s. 80, 83). I denne oppgaven brukes APA-standarden til å referere til litteratur og kilder som er brukt i oppgaven. Ut i fra dette skal leseren klart kunne se hvilken litteratur/kilde stoffet er hentet fra, og hva som er egne meninger.

4.0 Presentasjon av funn

Nedenfor presenteres funn fra de utvalgte artiklene som omhandler temaene jeg har valgt å fokusere på i min oppgave. Funnene omhandler intervensjoner og aktiviteter som sykepleieren kan iverksette for å hjelpe pasienten, eller som pasienten selv kan bruke for å mestre bivirkninger av cytostatika.

4.1 Mestring av kvalme og oppkast

Studien av Suh (2012) undersøkte effekten av P6 acupressure² og veiledning/rådgivning som intervensjoner for å kontrollere kvalme og oppkast som følge av cytostatikabehandling.

Studien viser at P6 acupressure og veiledning fra sykepleiere er effektive ikke-medikamentelle intervensjoner. Resultatene viser at P6 acupressure hadde en tydelig effekt mot kvalme og oppkast fra dag to til dag fem etter cytostatikabehandling. Effekten av veiledning fra sykepleier hadde også effekt, men var bare signifikant på dag fire (og svært nær signifikans dag fem). En kombinasjon av P6 acupressure og veiledning fra sykepleier hadde signifikant og best effekt ved alle målepunktene. Resultatene viste at P6 acupressure var mer effektivt til å redusere oppkast enn kvalme (uansett om det var akutt eller forsinket kvalme). Den kombinerte effekten av acupressure og veiledning var mest effektiv til å kontrollere forsinket gastrointestinale plager. Veiledning fra sykepleier var kun effektiv hvis P6 acupressure ble brukt samtidig (Suh, 2012).

Den kvantitative studien av Williams og Schreier (2004) undersøkte hvilken effekt informasjonslydbånd hadde på egenomsorgsaktiviteter, angst og bruk av egenomsorgsaktiviteter i forhold til vanlige bivirkninger ved cytostatikabehandling. Studien viste at gruppen som fikk informasjonslydbånd rapporterte mindre bivirkninger over tid, mens kontrollgruppen (som ikke fikk lydbånd) rapporterte flere bivirkninger over tid. Studiens resultater viste at pasienten brukte flest egenomsorgsaktiviteter mot bivirkningene kvalme og oppkast. Egenomsorgsaktiviteter som ble brukt var: bruk av reseptbelagte legemidler, å unngå synet og lukten av mat, spise kald mat og kjeks, unngå søtsaker, spise saktere, få frisk luft, spise sur mat og bruk av reseptfrie medikamenter. Både kontrollgruppen og eksperiment gruppen rapporterte bruk av reseptbelagte legemidler som mest effektiv til å kontrollere kvalme og oppkast. Det å spise sur mat eller bruke reseptfrie medikamenter ble rapportert som ueffektive måter å kontrollere kvalme og oppkast (Williams & Schreier, 2004).

² P6 acupressure er press mot akupunkturpunktet på innsiden av vristen. Det er dette punktet som er mest brukt ved kvalmebehandling (Risberg, 2010, s.170-171).

Studien av Andersen, Adamsen, Moeller, Mdtgaard, Quist, Tveteraas og Rorth (2006) undersøkte hvilken effekt et 6 ukers multidimensjonalt treningsprogram hadde på bivirkninger av cytostatikabehandling. Resultatene viste at treningsprogrammet hadde ingen effekt på kvalme og oppkast. Noen av pasienten rapportert imidlertid at intervensjonen gav en midlertidig lettelse av bivirkningene (Andersen et al., 2006).

4.2 Mestring av fatigue

Den systematiske litteraturstudien av de Nijs, Ros og Grijpdonck (2008) undersøkte sykepleieintervensjoner til kreftpasienter med fatigue. Studien tar for seg fire intervensjoner: trening, undervisning og rådgivning, distraksjon (distrahering) og avslapping, og fremming av søvn. Signifikant effekt mot fatigue ble bare funnet i intervensjoner som var basert på trening. Pasienter som trente under behandling opplevde mindre fatigue enn pasienter som ikke trente. Studiene som ble evaluert i artikkelen hadde forskjellige typer treningsprogrammer, men nesten alle var individuelt tilrettelagt. Det ble ikke funnet noen forskjell i effekten av de forskjellige treningsprogrammene. Ingen av studiene undersøkte treningens langtidseffekt mot fatigue. Signifikant effekt ble også funnet i en studie av avslappende pusteøvelser, men langtidseffekten er ikke dokumentert. Virtuell virkelighet er en distraherende intervensjon som også viste seg å ha signifikant effekt på fatigue, men også her er det ingen dokumentasjon av langtidseffekt. Litteraturstudien fant ingen signifikant effekt av undervisning og veiledning som intervensjon mot fatigue, men pasientene satte pris på undervisningen og veiledningen de fikk. Det ble heller ikke funnet noe signifikant effekt av fremming av søvn. Intervensjonen ses likevel på som lovende siden det vanligvis pleier å bli en økning av fatigue under behandling med cytostatika, mens det i studien ble rapportert nedgang av fatigue (de Nijs et al., 2008).

I studien av Williams og Schreier (2004) viser resultatene at både kontrollgruppen og eksperimentgruppen hadde like mange egenomsorgsaktiviteter mot fatigue. Aktivitetene de brukte var for eksempel økt treningsnivå, økt inntak av koffein, stå opp senere og hvile iløpet av dagen. De ulike aktivitetene hadde forskjellig effekt i eksperimentgruppen og kontrollgruppen (Williams & Schreier, 2004).

Studien av Andersen et al. (2006) viser at trening kan ha en effekt på forskjellige former for fatigue. Resultatene viser at det ble funnet en nedgang i rapporteringen av de forskjellige formene for fatigue (Andersen et al., 2006).

4.3 Mestring av opplevelsen av håravfall

Litteraturstudien av Dougherty (2007) fokuserer på hvordan bruk av North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) og Nursing Outcomes Classification (NOC) kan bli brukt til å hjelpe pasienter både psykisk og fysisk med deres opplevelse av hårtap. Det ble funnet to hovedsykepleiediagnoser relatert til hårtap. Disse var sorg og forstyrret kroppsbilde. Sykepleieintervensjonene sikter på å gjøre pasienten i stand til å arbeide seg gjennom prosessen med å endre sin selvoppfattelse i forhold til det potensielle tapet. Studien legger frem intervensjoner i forhold til sorg som følge av hårtap. Disse intervensjonene er emosjonell støtte og aktiv lytting, assistere ved beslutninger pasienten må ta, si sannheten, fremme håp og fremme bruk av pasientens støttesystemer. Det ønskede utfallet ved disse intervensjonene er at pasienten skal oppleve mindre sorg slik at han/hun kan gjennomgå de nødvendige endringene for å mestre de fysiske forandringene. Sykepleieintervensjoner i forhold til pasientens kroppsbilde går ut på å forbedre pasientens bevisste og ubevisste oppfatninger av, og holdninger til, hans/hennes hårtap for å forbedre kroppsbildet. Slike intervensjoner kan være: å hjelpe pasienten til å diskutere endringer forårsaket av sykdommen og/eller behandlingen, følge med på om pasienten kan se på kroppsendringene, og å identifisere og opplyse pasienter om midler til å skjule endringene. Hovedmålet med disse intervensjonene er at pasienten kan tilpasse seg de fysiske endringene i utseende og kroppsfunksjon, samt bruke strategier for å fremme sitt utseende og bli fornøyd med hvordan en ser ut (Dougherty, 2007).

5.0 Drøfting

Påkjenningen av å få diagnosen kreft er ikke like stor for alle. Den varierer blant annet med sykdommens utbredelse, aggressivitet og respons på behandling. I tillegg vil den kreftrammedes personlighet og erfaringene pasienten eventuelt har i forhold til sykdom hos venner og slekt, ha en innvirkning på hvordan han/hun mestrer situasjonen og sykdommen. Personligheten vil også virke inn på den kreftrammedes opplevelse av plagene ved sykdom og behandling, samt opplevelsen av sin egen helse (Lorentsen & Grov, 2010, s. 405). Et slikt syn på sykdom og den enkeltes opplevelse av den, kan også knyttes til Travelbee (1999, s. 56-57), som mener at hvert menneske er unikt og personens opplevelse av sykdom og lidelse vil derfor også være unik. Med et slikt syn på sykdom og mestring er Lazarus og Folkmans mestringsmodell hensiktsmessig å bruke. Modellen har som utgangspunkt at kjennetegn ved situasjonen og kjennetegn/karakteristika ved personen har innvirkning på personens opplevelse av stress og mestring. Individuelle forskjeller vil derfor påvirke om en hendelse oppleves som stressende (Hanssen & Natvig, 2007, s. 48-49).

5.1 Informasjon

Studien til Williams og Schreier (2004) viste at gruppen som fikk informasjonslydbånd rapporterte mindre bivirkninger over tid, mens kontrollgruppen som ikke fikk lydbånd rapporterte flere bivirkninger over tid. Dette viser at informasjon kan ha betydning ved mestring av bivirkninger.

Pasienter kan hente informasjon fra mange forskjellige kilder, for eksempel internett og bøker (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414). I pasientrettighetsloven kapittel 3 finner vi regler om pasientens rett til medvirkning og informasjon (Molven, 2009, s. 147). I pasientrettighetsloven (1999) §3-2 står det blant annet at pasienten skal få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin og innholdet i helsehjelpen. Det står også at pasienten skal informeres om bivirkninger og mulige risikoer. Når sykepleieren informerer pasienten, skal informasjonen gis på pasientens premisser. En må for eksempel ta hensyn til pasientens situasjon, kjønn, alder, kulturbakgrunn og religion (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414).

Å informere er en av sykepleiernes viktigste kommunikative oppgaver (Eide og Eide, 2007, s. 292). Travelbee (1999, s. 135) hevder at kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å danne et menneske-til-menneske-forhold. Det foregår kommunikasjon (både verbal og nonverbal) mellom sykepleieren og pasienten hver gang de

møtes. Interaksjonen gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten som menneske, og til å vurdere og ivareta hans/hennes behov, og dermed danne et menneske-til-menneske-forhold.

Muntlig informasjon kan også suppleres med skriftlig informasjon (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414). Forskning har derimot funnet ut at mye av den skriftlige helseinformasjonen er skrevet på et for avansert nivå til at alle pasientene klarer å lese og forstå informasjonen som blir presentert. Informasjonen møter derfor ikke pasientenes informasjonsbehov. Et alternativ til skriftlig informasjon er informasjon på lydbånd som pasienten kan ta med hjem. Når pasienten får informasjon via lydbånd trenger en ikke å ta hensyn til pasientens lesekunnskaper. Pasienten kan også kontrollere mengden informasjon han/hun får og når informasjonen blir gitt. Pasienten kan spille av lydbåndet flere ganger for å få informasjonen repetert eller for å få vanskelig informasjon fortalt flere ganger (Williams og Schreier, 2004).

Om en ser på det å innhente informasjon i lys av Lazarus og Folkmans teori om mestring, kan innhenting av informasjon være en problemfokuseret mestringsstrategi. Det å innhente informasjon kan gi en følelse av kontroll over situasjonen og hvilke muligheter en har (Renolen, 2008, s. 150). Når kreftpasienter innhenter informasjon om bivirkninger og hva som kan gjøres for å forebygge og/eller redusere dem, kan dette bidra til mestring av bivirkningene.

5.2 Mestring av kvalme og oppkast

Det er viktig å forebygge kvalme og oppkast allerede før den første cytostatikakuren. Ved å starte tidlig kan en forhindre at pasienten utvikler forventet/betinget kvalme, som er vanskeligere å behandle (Lorentsen & Grov, 2010, s. 418). Nedenfor presenteres noen sykepleietiltak, intervensjoner og egenomsorgsaktiviteter som kan hjelpe pasienten til å mestre bivirkningene kvalme og oppkast. Ifølge Travelbee (1999, s. 219) brukes sykepleieintervensjoner til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Som nevnt tidligere dreier sykepleiens mål og hensikt seg blant annet om å hjelpe pasientene til mestring.

5.2.1 Egenomsorgsaktiviteter mot kvalme og oppkast

Studien av Williams og Schreier (2004) viste at pasientene brukte flest egenomsorgsaktiviteter mot bivirkningene kvalme og oppkast. Egenomsorgsaktiviteter som ble brukt var: bruke reseptbelagte legemidler, å unngå synet og lukten av mat, spise kald mat og kjeks, unngå søtsaker, spise saktere, få frisk luft, spise sur mat og bruke reseptfrie

medikamenter. Både kontrollgruppen og eksperimentgruppen rapporterte bruk av reseptbelagte legemidler som mest effektiv til å kontrollere kvalme og oppkast. Det å spise sur mat eller bruke reseptfrie medikamenter ble rapportert som ueffektive måter å kontrollere kvalme og oppkast på (Williams & Schreier, 2004). Sykepleiere bør informere og gi råd til pasienter om egenomsorgstiltak som er effektive mot kvalme og oppkast, slik at pasientene lettere kan mestre disse bivirkningene. Lorentsen & Grov (2010, s. 418) mener det er viktig at sykepleieren kartlegger og dokumenterer pasientens mønstre for når og hvordan kvalme oppstår, og hvilke legemidler som hjelper. Det finnes flere kvalmestillende medikamenter en kan prøve, men en kan også prøve antipsykotika som har både kvalmestillende og sederende effekt. Andre sykepleietiltak som kan forebygge kvalme og dermed hjelpe pasienten til mestring av situasjonen er dempet belysning, ro og frisk luft, tildekking av infusjonsstativ (om pasienten plages av dette), munnstell ved behov, kostveiledning og raskt fjerne brukte pussbekken (Lorentsen & Grov, 2010, s.418). Det kan være hensiktsmessig å kombinere både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for å redusere kvalme og oppkast. En kombinasjon har ofte bedre effekt enn et enkelt tiltak alene (Tipton, et al., 2007). Om en går ut fra Lazarus og Folkmans to hovedstrategier for mestring, finner en både emosjonsfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategier blant egenomsorgsaktivitetene og sykepleietiltakene ovenfor. Det å spise saktere, unngå lukten av mat, og spise kald mat og kjeks kan være eksempler på problemfokuset mestring. Med disse tiltakene reduserer en ytre årsaker som kan utløse kvalme. Å ta medikamenter kan være en emosjonsfokuseret mestringsstrategi. Denne måten å mestre på gjør pasienten i stand til å leve med en situasjon som ikke lar seg endre (Renolen, 2008, s. 150).

5.2.2 Acupressure og veiledning

Resultatene i studien av Suh (2012) viser at P6 acupressure og veiledning fra sykepleier er effektive ikke-medikamentelle intervensjoner mot kvalme og oppkast. Resultatene viser at P6 acupressure hadde en tydelig effekt mot kvalme og oppkast fra dag to til dag fem etter cytostatikabehandling. Veiledning fra sykepleier hadde også effekt, men var bare signifikant på dag fire (og svært nær signifikans dag fem). En kombinasjon av P6 acupressure og veiledning fra sykepleier hadde signifikant og best effekt ved alle målepunktene. Resultatene viste at P6 acupressure var mer effektivt til å redusere oppkast enn kvalme. Den kombinerte effekten av acupressure og veiledning var mest effektiv til å kontrollere forsinkede gastrointestinale plager. Veiledning fra sykepleier var kun effektiv hvis P6 acupressure ble brukt samtidig (Suh, 2012). Acupressure er en metode som brukes for å påvirke kroppens

energiproduksjon. En utøver press mot akupunkturpunkter enten med fingre eller annet utstyr som for eksempel acupressure-armbånd (Risberg, 2010, s. 269). Et slikt armbånd ble brukt i studien til Suh (2012). Armbåndet har en plastkule som presser mot akupunkturpunktet P6, som er det punktet som oftest blir benyttet ved kvalmebehandling (Risberg, 2010, s. 170). Acupressure kan på samme måte som bruk av kvalmestillende medikamenter være en emosjonsfokusert mestringsstrategi, da den forsøker å redusere kvalme og oppkast for gjøre det lettere for pasienten å mestre denne bivirkningen. Veiledning fra sykepleieren kan være en form for problemfokusert mestring siden pasienten mottar informasjon og forhåpentligvis lærer noe nytt som kan hjelpe pasienten til å mestre situasjonen.

5.2.3 Trening

I studien av Andersen, Adamsen, Moeller, Mdtgaard, Quist, Tvetraas og Rorth (2006) viste resultatene at treningsprogrammet hadde ingen signifikant effekt på kvalme og oppkast. Noen av pasientene rapporterte imidlertid at intervensjonen gav en midlertidig lettelse av bivirkningene (Andersen et al., 2006). Sykepleiere kan derfor informere pasienter som opplever kvalme og (eller) oppkast som følge av cytostatikabehandling, om at noen pasienter opplever en lettelse av bivirkningene dersom de driver med fysisk aktivitet. I denne sammenhengen kan en se på trening som en emosjonsfokusert mestringsstrategi. Treningen er en midlertidig løsning som kan gi pasienten et pusterom fra problemet (Renolen, 2008, s. 150).

5.3 Mestring av fatigue

Fatigue virker inn på pasientens livskvalitet blant annet fordi mangel på energi til å utføre daglige aktiviteter kan gjøre at pasienten føler at han/hun har mistet noe av sin identitet (Saarik & Hartley, 2010). Travelbee (1999, s. 35) hevder at en av sykepleierens måter å bistå pasienter på er å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse. En viktig sykepleieoppgave blir derfor å hjelpe pasienter til å mestre en hverdag med fatigue.

Nedenfor presenteres noen teknikker og sykepleietiltak som kan hjelpe pasientene til å mestre og redusere opplevelsen av fatigue.

5.3.1 Egenomsorgsaktiviteter mot fatigue

I studien av Williams og Schreier (2004) viser resultatene at både kontrollgruppen og eksperimentgruppen hadde like mange egenomsorgsaktiviteter mot fatigue. Aktivitetene de brukte var for eksempel økt treningsnivå, økt inntak av koffein, legge seg tidligere, stå opp

senere og hvile, få frisk luft og holde seg opptatt. De ulike aktivitetene hadde forskjellig effekt i eksperimentgruppen og kontrollgruppen. Kontrollgruppen rapporterte blant annet bedre effekt av hvile og å stå opp senere, enn eksperimentgruppen. Eksperimentgruppen rapporterte mindre effekt av økt koffeininntak, mens kontrollgruppen rapporterte økt effekt av denne aktiviteten (Williams & Schreier, 2004). Aktiviteter som å stå opp senere, legge seg tidligere og hvile i løpet av dagen kan ut i fra Lazarus og Folkmans to hovedtyper for mestring, være eksempler på problemfokuset mestring. Aktivitetene går ut på å endre rutiner i forsøk på å mestre fatigue. Økt inntak av koffein kan være en emosjonsfokuset mestringsstrategi der en prøver å endre følelsen av tretthet ved å innta koffein i håp om å føle seg mindre trett.

5.3.2 Trening, distraksjon og avslapping, informasjon og fremming av søvn

I studien av de Nijs, Ros og Grijpdonck (2008) ble det funnet signifikant effekt mot fatigue av intervensjoner som var basert på trening. Pasienter som trente under behandling opplevde mindre fatigue enn pasienter som ikke trente. Studiene som ble evaluert i artikkelen hadde forskjellige typer treningsprogrammer, men nesten alle var individuelt tilrettelagt. Det ble ikke funnet noen forskjell i effekten av de forskjellige treningsprogrammene. Ingen av studiene undersøkte treningens langtidseffekt mot fatigue. Studien av Andersen et al. (2006) viser også at trening kan ha en effekt på forskjellige former for fatigue.

Fysisk aktivitet gjør godt for kropp og sjel, og innvirker på en rekke biologiske mekanismer. Fysisk aktivitet er en viktig faktor for god fysisk helse og er blant annet positivt relatert til tarmfunksjon, immunstatus og energibalanse. Ved fysisk aktivitet øker kroppens pustefrekvens og oksygenforbruk. Pulsen, blodtrykket og hjertets minuttvolum øker også, samt hjertets og musklens gjennoblødning og utskillelsen av hormoner som adrenalin, veksthormon og kortisol. Kroppstemperaturen stiger også ved trening (Henriksson & Sundberg, 2009, s. 8, Thune, 2009, s. 262). Fysisk aktivitet kan forebygge kreft, samt være nyttig i behandling og rehabilitering av kreftpasienter. Fysisk aktivitet kan også være en effektiv måte å redusere bivirkninger på (Thune, 2009, s. 259-260). Ut i fra Lazarus og Folkmanns to hovedstrategier for mestring kan en se på trening/fysisk aktivitet som både en emosjonsfokuset strategi og en problemfokuset strategi. Ved å se på trening som emosjonsfokuset mestringsstrategi, vil målet med treningen være å forsøke å dempe det følelsesmessige ubehaget som kommer med fatigue. Når en ser på trening som en problemfokuset mestringsstrategi, vil treningens mål være å endre rutiner og livsstil i forsøk på å mestre fatigue.

Virtuell virkelighet er en distraherende intervensjon som også viste seg å ha signifikant effekt på fatigue, men det foreligger ingen dokumentasjon av langtidseffekten. Signifikant effekt ble også funnet i en studie av avslappende pusteøvelser, men også her er langtidseffekten ikke dokumentert (de Nijs et al., 2008). Disse intervensjonene kan betegnes som emosjonsfokuserende mestringsstrategier. Distraherende intervensjoner og pusteøvelser tar tankene bort fra trettheten og over til noe annet. Pasienten har selektiv oppmerksomhet, og prøver å vende tankene bort fra tretthetsfølelsen.

Litteraturstudien av de Nijs et al. (2008) fant ingen signifikant effekt av undervisning og veiledning som intervensjon mot fatigue, men pasientene satte pris på undervisningen og veiledningen de fikk. Det ble heller ikke funnet noen signifikant effekt av fremming av søvn. Intervensjonen ses likevel på som lovende siden det vanligvis pleier å bli en økning av fatigue under behandling med cytostatika mens det i studien ble rapportert nedgang av fatigue (de Nijs et al., 2008).

5.4 Mestring av opplevelsen av hårtap

Håravfall kan virke negativt inn på kroppsbildet og selvbildet til personene som opplever det, blant annet fordi tap av hår gir endret utseende (Lorentsen & Grov, 2010, s. 406). Hårtap er også assosiert med sykdom, tap av attraktivitet og tap av seksualitet (Dougherty, 2007). Studien av Dougherty (2007) fant to hovedsykepleiediagnoser relatert til hårtap. Disse sykepleiediagnosene var sorg og forstyrret kroppsbilde. Sorg kan betegnes som en tilstand knyttet til opplevelse av tap. Det er en normal prosess, men det kan være smertefullt for den som opplever sorg. Mennesker i sorg kan oppleve følelser som angst, depresjon, sinne og skyld, samt problemer med søvn, konsentrasjon og hukommelse. Kroppsbildet er en persons subjektive opplevelse av kroppen sin. Det er en viktig del av identiteten til personen og påvirker personens selvbilde. Ved sykdom opplever mange pasienter at kroppen endres (både i forhold til funksjon og utseende) (Renolen, 2008, s. 121-122, 125-226, 177). Endringene gir pasienten en ny kropp å forholde seg til og pasienten kan føle seg fremmed i sin egen kropp (Lorentsen & Grov, 2010, s. 406, Renolen, 2008, s. 126).

Sykepleieintervensjonene mot sorg og forstyrret kroppsbilde sikter på å gjøre pasienten i stand til å arbeide seg gjennom prosessen med å endre sin selvoppfattelse i forhold til det potensielle tapet (Dougherty, 2007). Sykepleieintervensjonene mot sorg og endret kroppsbilde innebærer interaksjon og kommunikasjon med pasienten. Travelbee (1999, s. 135) mener at en hver interaksjon med pasienten gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med

pasienten, samt å vurdere hvilke behov pasienten har, og hjelpe ham/henne med disse. Gjennom interaksjon og kommunikasjon med pasienten kan derfor sykepleieren avgjøre hvilke intervensjoner og tiltak den enkelte pasienten trenger eller ønsker.

Mange av sykepleietiltakene som retter seg mot mestring av pasientens sorg og endret kroppsbilde har til hensikt å endre følelsesreaksjonene som oppstår i forbindelse med hårtapet. Ut fra Lazarus og Folkmans to hovedstrategier for mestring vil disse være emosjonsfokuserte mestringsstrategier. Eksempler på emosjonsfokuserte mestringsstrategier kan være emosjonell støtte og fremming av håp. En finner også problemfokuserte mestringsstrategier blant tiltakene, disse går blant annet ut på å redusere hårtapet og skjule hårtapet.

5.4.1 Sorg

Intervensjoner som ble presentert i studien i forhold til sorg som følge av hårtap var emosjonell støtte og aktiv lytting, assistere ved beslutninger pasienten må ta, si sannheten, fremme håp og fremme bruk av pasientens støttesystemer. Det ønskede utfallet ved disse intervensjonene er at pasienten skal oppleve mindre sorg slik at han/hun kan gjennomgå de nødvendige endringene for å mestre de fysiske forandringene (Dougherty, 2007).

Emosjonell støtte og aktiv lytting inkluderer å gi pasienten trygghet, aksept og oppmuntring. Intervensjonene retter seg mot å hjelpe pasienten samt familien til å tilpasse seg hårtap ved hjelp av undervisning, tilgjengelige ressurser og støttende lytting. Det er viktig at sykepleieren bruker nok tid på å hjelpe pasienten med å vende seg til hårtapet både fysisk, psykisk og sosialt (Dougherty, 2007).

Å assistere pasienter ved beslutninger de må ta i forhold til cytostatikabehandling og forebyggende tiltak, går ut på å involvere pasientene og sette dem i stand til å ta kontroll. Dette kan en for eksempel gjøre ved å informere om og tilby forebyggende tiltak i forhold til hårtap, som for eksempel ”scalp cooling”³ (Dougherty, 2007).

Sykepleietiltaket å si sannheten går ut på at sykepleieren informerer nøyaktig om endringene pasientene kan forvente ved hårtap. Informasjonen må gis på en sensitiv, varm og direkte måte. Ved å fortelle pasientene på forhånd hva de kan forvente i forhold til hårtap, tilrettelegger en for en positiv tilpasning til kroppsendringene (Dougherty, 2007).

Å fremme håp går ut på at sykepleieren legger til rette for at pasienten skal utvikle et mer positivt syn på situasjonen. Sykepleieren bør fokusere på å formidle til pasienten at

³ ”Scalp cooling” er en metode hvor en prøver å redusere hårtapet hos pasienter som får cytostatikabehandling. Metoden går ut på å kjøle ned hodebunnen slik at gjennomstrømmingen av blod og cellens opptak blir mindre, dermed blir hårfolliklene mindre utsatt for cytostatikaen (Dougherty, 2007).

hårtapet er midlertidig, samt informere pasienten om egenomsorgsaktiviteter som kan minimere hårtapet (Dougherty, 2007).

Å fremme bruken av pasientens støttesystemer handler om å undersøke hvilken støtte pasienten får fra familie og andre støttesystemer, og eventuelt hva som hindre pasienten i å nytte seg av støtten. Sykepleiere bør oppmuntre pasienten til å delta i sosiale aktiviteter, og delta i planleggingen av omsorg (Dougherty, 2007).

5.4.2 Endret kroppsbilde

Sykepleieintervensjoner i forhold til pasientens kroppsbilde går ut på å forbedre pasientens bevisste og ubevisste oppfatninger av og holdninger til hans/hennes hårtap for å forbedre kroppsbildet. Slike intervensjoner kan være: å hjelpe pasienten til å diskutere endringer forårsaket av sykdommen og/eller behandlingen, følge med på om pasienten kan se på kroppsendringene, og å identifisere og opplyse pasienter om midler til å skjule endringene (for eksempel klær og parykker). Hovedmålet med disse intervensjonene var at pasienten kan tilpasse seg de fysiske endringene i utseende og kroppsfunksjon, samt bruke strategier for å fremme sitt utseende og å bli fornøyd med hvordan en ser ut (Dougherty, 2007).

Å hjelpe pasienten til å diskutere endringer forårsaket av sykdommen og/eller behandlingen, kan hjelpe sykepleieren med og kontinuerlig evaluere pasientens oppfattelse av seg selv og opplevelsen av hårtap. Sykepleieren bør også informere pasienten om eventuelle muligheter for å møte andre pasienter i samme situasjon, da dette kan hjelpe pasientens kroppsbilde på en positiv måte (Dougherty, 2007).

Ved å følge med på om pasienten kan se på kroppsendringene, for eksempel å se på seg selv i speilet uten parykk eller annen tildekning, kan sykepleieren følge med på eventuelle endringer i pasientens kroppsbilde. Sykepleieren bør også følge med på om endringene i pasientens selvbilde bidrar til at pasienten blir sosialt isolert eller at pasienten har store vansker med å mestre hårtapet (Dougherty, 2007).

Tiltaket å identifisere og opplyse pasienter om midler til å skjule endringene som for eksempel hatter, skjerf og parykker, handler om at pasienter trenger råd om bruk av slike hodeplagg. Pasientene trenger også opplæring i valg, bruk og stell av parykker (Dougherty, 2007).

6.0 Avslutning

Cytostatikabehandling har ofte alvorlige bivirkninger som fatigue, kvalme og oppkast. Disse bivirkningene kan blant annet gå ut over livskvaliteten til pasientene som opplever dem. Det er derfor viktig for pasientene å mestre bivirkningene av cytotatikabehandling.

Hensikten med denne oppgaven var å lære hva pasienten selv kan gjøre for å mestre bivirkninger av cytotatikabehandling samt hva sykepleiere kan gjøre for å fremme mestring av slike bivirkninger hos kreftpasientene. Mestring av bivirkningene fatigue, hårtap, kvalme og oppkast har vært fokuset i oppgaven.

Etter å ha gjennomgått relevant forskning og litteratur om mestring av bivirkninger som følge av cytotatikabehandling, har det vist seg at det finnes det både emosjonsfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategier mot bivirkningene fatigue, hårtap, kvalme og oppkast. En pasient bruker gjerne flere mestringsstrategier på en gang for å mestre bivirkningene.

Det har vist seg at informasjon er en viktig faktor for mestring. Informasjonens betydning for mestring gikk igjen i alle artiklene om de forskjellige bivirkningene som det ble fokusert på i oppgaven. For å hjelpe kreftpasienter til mestring er det derfor viktig at sykepleieren gir informasjon. Informasjonen kan blant annet dreie seg om fakta om bivirkningene, råd og tips i forhold til hva som kan redusere dem og hvordan pasienten kan mestre dem.

Ved mestring av kvalme og oppkast har aktivitetene og sykepleietiltakene acupressure, veiledning, bruk av reseptbelagte medikamenter, munnstell, dempet belysning, ro og frisk luft vist seg å ha effekt til redusere bivirkningene, og dermed hjelpe pasientene til mestring. Andre tiltak som også kan hjelpe er for eksempel kostveiledning, og å dekke til infusjonsstativet dersom pasienten plages av dette.

Ved fatigue har det vist seg at trening og fysisk aktivitet er en viktig faktor som kan bidra til mestring av denne bivirkningen. Distraksjon og avslapping er to mestringsstrategier som også har vist seg å kunne bidra til mestring av fatigue. Sykepleiere bør informere kreftpasienter om hvilke tiltak som hjelper mot fatigue og hjelpe dem med å balansere aktivitet, søvn og hvile.

Ved mestring av hårtap går mange av sykepleietiltakene ut på å hjelpe pasienten til å akseptere hårtapet slik at det blir enklere å mestre. Noen av tiltakene går også ut på å hjelpe pasienten til å finne midler som kan skjule endringene ved hårtap.

Når det gjelder implikasjoner for praksis er det viktig at sykepleiere har fokus på hvor viktig det er å hjelpe pasienter som opplever bivirkninger av cytostatika, til mestring. Sykepleiere bør ha kunnskap om hvilke tiltak som er effektive til å redusere og mestre bivirkninger, samt hvilke som er uhensiktsmessige.

Referanseliste

- Andersen, C., Adamsen, L., Moeller, T., Mdtgaard, J., Quist, M., Tveteraas, A. & Rorth, M. (2006). The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy - The use of semi-structured diaries. *European Journal of Oncology Nursing* 10(4), 247–262.
doi:10.1016/j.ejon.2005.12.007
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- de Nijs, E., Ros, W. & Grijpdonck, M. (2008). Nursing intervention for fatigue during the treatment for cancer. *Cancer Nursing*, 31(3), 191-208. Hentet fra <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=1ced77bf-04cb-42c1-ba7a-e70b03278196%40sessionmgr4&vid=1&hid=12&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009921180>
- Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications*, 18(4), 142-149. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2063/pubmed/17991141>
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. utg) Stockholm: Natur och kultur.
- Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad. *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg.) (s. 40-59). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

- Henriksson, J. & Sundberg, C. S. (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I: R. Bahr. (red.) *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 8-36). [Oslo]: Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. I., Ingvaldsen, B., Buanes, T & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftregisteret (2012, 15. november). *28 271 tilfeller av kreft i 2010*. Hentet den 5. januar 2013 fra <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Cancer-in-Norway-2010/>
- Kunnskapsbasert praksis (2012). *Sjekklistor*. Hentet den 9. januar fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklistor/>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. *Klinisk Sykepleie 2* (4. utg.) (s. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2009). *Sykepleie og Jus* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk helseinformatikk (2009, 31. juli). *Kreft: Hva er kreft*. Hentet 5. januar 2013 fra <http://nhi.no/sykdommer/kreft/kroppen-var/kreft-1808.html?page=1>
- Olsson, H. og Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 7. februar 2013 fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I: U. Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg.) (s.29-107). Oslo: Akribe.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Risberg, T. (2010). Andre medisinske paradigmer og komplementære metoder. I: T. Risberg (red.). *Kreft og alternativ behandling* (254-273). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saarik, J. & Hartley, J. (2010) Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(1), 6-12.
- Suh, E. (2012). The effects of P6 acupressure and nurse-provided counseling on chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E1-9. doi:10.1188/12.ONF.E1-E9
- Thune, I. (2009). Kreft. I: R. Bahr. *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (359-373). [Oslo]: Helsedirektoratet.
- Tipton, J., McDaniel, R., Barbour, L., Johnston, M., Kayne, M., LeRoy, P., & Ripple, M. (2007). Putting evidence into practice: evidence-based interventions to prevent, manage, and treat chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 11(1), 69. doi:10.1188/07.CJON.69-78
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization (2012, februar). *Cancer: Fact sheet N°297*. Hentet den 5. januar 2013 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
- Williams, S., & Schreier, A. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), E16-23. doi:http://dx.doi.org/10.1188/04.ONF.E16-E23

Vedlegg 1: Søkeord

Database	Søkeord	Antall treff	Artikler valgt
CINAHL	cancer fatigue AND nursing AND chemotherapy OR radiotherapy	107	1*
	cancer nausea AND nursing AND chemotherapy OR radiotherapy	61	1**
	Cancer hairloss AND nursing AND chemotherapy	8	
	Cancer alopecia and nursing and chemotherapy	6	
SveMed+	cancer fatigue	13	
	cancer nausea	13	
	alopecia	26	
PubMed	cancer induced nausea AND nursing AND chemotherapy OR radiotherapy	547	
	cancer induced nausea AND nursing AND chemotherapy OR radiotherapy AND side effect	75	
	cancer induced nausea AND nursing AND chemotherapy AND side effect	10	1***
	cancer induced fatigue AND nursing AND chemotherapy OR radiotherapy AND side effect	71	
	cancer induced fatigue AND nursing AND chemotherapy AND side effect	7	1****
	cancer induced hairloss AND nursing AND chemotherapy	21	1*****

* de Nijs, E., Ros, W., & Grijpdonck, M. (2008). Nursing intervention for fatigue during the treatment for cancer. *Cancer Nursing*, 31(3), 191-208.

** Suh, E. (2012). The Effects of P6 Acupressure and Nurse-Provided Counseling on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Patients With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E1-9. doi:10.1188/12.ONF.E1-E9

*** Williams, S., & Schreier, A. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), E16-23. doi:http://dx.doi.org/10.1188/04.ONF.E16-E23

**** Andersen, C., Adamsen, L., Moeller, T., Mdtgaard, J., Quist, M., Tveteraas, A. & Rorth, M. (2006). The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy--the use of semi-structured diaries. *European Journal of Oncology Nursing* 10, 247-262.
doi:10.1016/j.ejon.2005.12.007

***** Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications*, 18(4), 142-149.

Vedlegg 2: Sammendrag av artikler

Artikkel av de Nijs, E., Ros, W., & Grijpdonck, M. (2008). Nursing intervention for fatigue during the treatment for cancer

Bakgrunn: Kreftrelatert fatigue er et vanlig symptom hos pasienter under kreftbehandling. Håndteringen av fatigue er vanskelig blant annet fordi bakgrunnen til symptomet er ikke fullt forklart.

Hensikt: kartlegge tiltak som sykepleiere kan bruke for å redusere fatigue hos pasienter under behandling.

Metode: oversiktsartikkel (review). Det ble søkt i databasene PubMed og CINAHL etter litteratur. Det ble valgt 18 studier. Studiene omhandlet fremming av søvn, instruksjon og undervisning, trening, distrahering og avslapping.

Resultater: Signifikante resultater ble funnet i studier som omhandlet trening. Positive resultater ble funnet for intervensjoner som fremming av søvn, undervisning og rådgivning, men disse var ikke signifikante. Distraksjon og avslapping hadde bare bevist effekt noen timer etter intervensjonen fant sted.

Konklusjon: På grunn av kompleksiteten ved kreftrelatert fatigue er sannsynligvis en kombinasjon av forskjellige intervensjoner mest effektiv.

Artikkel av Suh, E. (2012). The Effects of P6 Acupressure and Nurse-Provided Counseling on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Patients With Breast Cancer

Bakgrunn: Kvalme og oppkast er bivirkninger som er svært vanlig ved cytostatikabehandling og kan være vanskelig å takle.

Hensikt: Evaluere effekten av P6 acupressure og rådgivning av sykepleier, til å redusere kvalme og oppkast som følge av cytostatika hos pasienter med brystkreft.

Metode: RCT (randomized, controlled trial). 120 kvinner ble tilfeldig fordelt i fire grupper. En gruppe fikk veiledning av sykepleier, en gruppe fikk P6 acupressure, en gruppe fikk både veiledning av sykepleier og P6 acupressure, og den siste gruppen var kontrollgruppe og fikk placebo SI3 acupressure. Opplevelsen av kvalme og oppkast ble målt med en standardisert

skala på dag 1 (akutt kvalme og oppkast) og dag 2-5 (forsinket kvalme og oppkast).

Resultater: Det var signifikante endringer i rapporteringen av kvalme og oppkast fra dag 2-5.

Det var best resultat hos gruppen som fikk både P6 acupressure og rådgivning av sykepleier, men en kunne også se en bedring hos de som bare fikk P6 acupressure(dag 2-5) og bare rådgivning (dag 4 og litt dag 5).

Konklusjon: Bruk av P6 acupressure sammen med rådgivning ser ut til å ha reduserende effekt på kvalme og oppkast som følge av cytostatika hos pasienter med brystkreft.

Williams, S., & Schreier, A. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer.

Bakgrunn: Cytostatika gir ofte alvorlige bivirkninger som fatigue, kvalme og oppkast og søvnforstyrrelse osv. Slike bivirkninger kan være overveldene, og uten effektiv egenomsorgsattferd for å mestre dette kan pasientene utsette eller avslutte behandlingen tidligere.

Hensikt: Å fastslå effekten av informasjonslydbånd om egenomsorgsaktiviteter, angst og bruk av egenomsorgsaktiviteter, og å beskrive forekomst og intensitet av vanlige bivirkninger hos pasienter med brystkreft.

Metode: Randomisert klinisk studie. 70 kvinner som skulle få sin første behandling med cytostatika ble delt opp i to grupper, en eksperimentell- og en kontrollgruppe. Begge gruppene oppgav demografiske data og besvarte the Spielberger State-Trait Anxiety Instrument (STAI). Kontrollgruppen mottok to lydbånd. Ved første og tredje måned besvarte kvinnene på en modifisert Nail Self-Care Diary og STAI via telefon.

Resultater: De mest rapporterte bivirkningene var fatigue, kvalme og oppkast, og smaksforandringer. Eksperimentgruppen rapporterte symptomforbedringer som ikke ble funnet i kontrollgruppen. Eksperimentgruppen økte bruken av anbefalte egenomsorgsaktiviteter, mens kontrollgruppen brukte de samme og ueffektive egenomsorgsaktivitetene. Angsten hos begge gruppene minket over tid, men angsten i kontrollgruppen var konsekvent høyere enn hos eksperimentgruppen.

Konklusjon: Lydbånd er et effektivt undervisningsverktøy. Egenomsorgsaktiviteter kan læres og kan være effektive til å håndtere bivirkninger. Angsten var høy i begge gruppene, men kvinnene som fikk lydbånd og telefonsamtale hadde færre symptomer/bivirkninger.

Artikkel av Andersen, C., Adamsen, L., Moeller, T., Mdtgaard, J., Quist, M., Tveteraas, A. & Rorth, M. (2006). The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy--the use of semi-structured diaries.

Bakgrunn: Et økende antall kreftpasienter blir behandlet med cytostatika.

Cytostatikabehandling gir ofte både psykiske og fysiske belastninger for pasienten.

Hensikt: Evaluere et 6-ukers intervensjonsprogram med strukturert fysisk aktivitet, avslapning, teknikker for kroppsbevissthet og massasje og dets effekt på symptomer og bivirkninger hos pasienter under behandling med cytostatika.

Metode: Prospektiv og utforskende studie. Pasientene brukte dagbøker til å rapportere symptomer og bivirkninger. Det var 12 symptomer/bivirkninger som ble rapportert på en skala fra 0-4.

Resultater: Det ble funnet en nedgang i rapporteringen av 10 av 12 bivirkninger. Signifikante endringer ble funnet i rapporteringen av smerte og i gjennomsnittsscoren av symptomer og bivirkninger.

Konklusjon: Et 6-ukers treningsprogram kan ha effekt på symptomer og bivirkninger hos kreftpasienter under behandling med cytostatika.

Artikkel av Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient.

Bakgrunn: Hår har symbolsk betydning i forhold til kjønn, alder og skjønnhet. Det brukes som indikator på personlighet, attraktivitet, seksualitet og femininitet. Håret beskytter også kroppen mot varmetap. Håravfall har vært forbundet med tap av attraktivitet, sykdom og tap av seksualitet. Å miste håret kan derfor være en forferdelig opplevelse for den enkelte.

Hensikt: Å undersøke bruken av NANDA, NIC og NOC klassifikasjonssystemer ved psykisk og fysisk ivaretagelse av pasienter som opplever å miste håret på grunn av cytostatikabehandling.

Metode: Litteraturstudie. Studie av litteratur som omhandler NANDA sykepleiediagnoser og hårtap. Søkeord: Alopecia, body image, chemotherapy, hair loss, nursing diagnoses, scalp cooling.

Resultater: Det ble funnet to hoveddiagnoser i forbindelse med hårtap. Disse var sorg og forstyrret kroppsbilde.

Konklusjon: Ved å bruke sykepleiediagnoser kan sykepleieren identifisere spesielle problemer hos den enkelte pasienten som opplever hårtap som følge av cytostatika.