



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

«Kva er viktig for deg?»

Korleis kan sjukepleiaren bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen?

«What's important to you?»

How can the nurse contribute so the cancer patient can cope with the cancer disease?

Kandidatnummer 241

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap / Sjukepleie Førde

Innleveringsdato 14/6-2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Bakgrunn: I løpet av praksisperiode og deltidsjobb på kreftsengepost har eg opplevd at samtalen med kreftpasienten om sjukdomskjensle og det å bli ramma av kreft kan vere utfordrande. Kreftpasientar taklar sjukdommen ulikt, men felles er at dei treng støtte til å meistre sjukdommens utfordringar. Som framtidig sjukepleiar ønskjer eg å vere best mogleg førebudd på kva for intervensjonar som er nyttige for å bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiaren bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen?

Hensikt: Hensikta er å få kunnskap om kva for intervensjonar som kan vere nyttige for å bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen.

Metode: Oppgåva er ei litteraturstudie. Det er gjennomført søk i databasane Medline, Cinahl og Academic Search Elite for å finne relevant forskning. Eg fann sju relevante artklar som svarar godt på problemstillinga.

Resultat: Teori og forskning syner at det er fleire intervensjonar som er viktige for at kreftpasientar skal meistre sjukdommen sin. Sjukepleiaren sine personelege og kommunikative eigenskapar er viktig for å skape relasjon, forståing og håp. Fleire kreftpasientar kan og ha nytte av livsstilsending for å meistre situasjonen sin. Fleirdimensjonale intervensjonar viser seg å ha god effekt for meistring. Eit sentralt funn er at individet står sentralt, og det er viktig at pasienten sjølv er aktiv i eigen behandling for å meistre.

Nøkkelord: *Kreftpasient, meistring, sjukepleiarintervensjon, kommunikasjon, individet, vaksne.*

Abstract

Background: During my internship period and parttime job at a cancer clinic, I have experienced that the conversation with the cancer patients about their feeling of being affected by cancer can be challenging. All cancer patients deal differently with the disease. However, they all need some kind of support to overcome and cope with the challenges of the cancer diagnose. As a future nurse, I wanted more knowledge on which interventions that are most useful to help the cancer patients cope with the cancer diagnose.

Approach: How can the nurse contribute so the cancer patient can cope with the cancer disease?

Aim: The purpose is to gain knowledge about which interventions that can be useful to contribute so the cancer patient can cope with the cancer disease.

Methods: The assignment is a literature study. I have used the databases Medline, Cinahl and Academic Search Elite to search for relevant science. I found seven articles that responded well to the approach.

Results: The theory and research show that there are several interventions that are useful to help the cancer patients cope with the cancer disease. The nurse's personal and communicative qualities are important for creating a relationship, knowledge and hope. Multiple cancer patients can take advantage from a lifestyle intervention to cope with their situation. Multidimensional interventions seem to have a good effect on the coping process. A key finding is the understanding of seeing the cancer patients as unique individuals. It is also important that the cancer patients takes on a more active role in the process of coping.

Keywords: *Cancer patient, cope, nurse intervention, communication, individual, adults.*

Innhald

1. Innleiing	1
1.1. Formålet med oppgåva	2
1.2. Problemstilling	2
1.3. Avgrensing av problemstilling	2
1.4. Disposisjon av oppgåva	2
2. Teori	3
2.1. Kreftsjukdom og kreftpasienten	3
2.2. Joyce Travelbee sin sjukepleieteori	4
2.3. Meistring	5
2.4. Relasjon og kommunikasjon som grunnlag for meistring	6
2.5. Håp som grunnlag for meistring	7
3. Metode	8
3.1. Litteraturstudie som metode	8
3.2. Søke- og utvalpsprosess	8
3.3. Kjeldekritikk	9
3.4. Ethiske aspekt	9
4. Funn frå forskingsartiklane	10
4.1. Betydinga av informasjonsformidling og kommunikasjon	10
4.2. Fleirdimensjonale sjukepleiarintervensjonar	12
4.3. Brukarmedverknad som intervensjon	13
4.4. Livsstilsending som meistringsstrategi	13
4.5. Individet står sentralt	14
5. Korleis kan sjukepleiaren bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen?	15
5.1. Kommunikasjon og informasjon er grunnleggjande for meistring	15
5.2. Nyttig med fleirdimensjonal tilnærming	18
5.3. Håp som drivkraft	19
5.4. Livsstilsending kan bidra til meistring	20
5.5. One size doesnt fit all	22
6. Avslutning	23
7. Kjelder	24
8. Vedlegg	27
Vedlegg 1- picoskjema	27
Vedlegg 2 – søkehistorikk	27
Vedlegg 3 – oversikt over valde studiar	29

1. Innleiing

I 2019 vart det diagnostisert omlag 35 000 nye tilfelle av kreftsjukdom i Noreg. Same år var det i underkant av 300 000 personar som hadde kreftsjukdom i sin sjukdomshistorikk (Kreftforeningen, 2020). Kreftsjukdom er den vanlegaste årsaka til død i Noreg, og i 2019 døydde omlag 11 000 personar av sjukdommen. Utviklinga av nye krefttilfelle vil i framtida vere jamt aukande. Det har samanheng med aukande populasjonen, auka levealder og auka risiko for bestemte krefttypar (Folkehelseinstituttet, 2020). Som følgje av betre førebygging, tidlegare diagnostisering og betre medisinsk behandling, er mortaliteten for sjukdomsgruppa nedgåande (Lorentsen & Grov, 2017, s. 398–399), og tre av fire overlev kreftsjukdommen i fem år eller meir (Kreftregisteret, 2021). Meistring er ein viktig faktor for at pasienten skal vere i stand til å leve med kreftsjukdommen og takle den nye kvardagen.

Gjennom praksisperiode og deltidsjobb på kreftsengepost har eg opplevd at samtalen med kreftpasienten om sjukdomskjensla og det å bli ramma av kreft kan vere utfordrande. Kreft kan for mange opplevast synonymt med lidning, smerte og død, og diagnosen i seg sjølv kan føre til at mange opplev angst (Schjølberg, 2013, s. 106–107). Sjølv om kreftpasientane har sjukdommen til felles, er mi oppleving at alle har sin måte å reagere på kreftsjukdom. Nokon blir sinte, andre nedstemte og sorgfulle, medan nokre vert optimistiske og håpefulle. Korleis sjukepleiaren opptrer, ordleggjer seg og gir informasjon på, kan vere av betydning for om pasienten kjenne mismot eller håp (Lorentsen & Grov, 2017, s. 418).

Kreftpasientar er i ein sårbar posisjon, og sjukepleie til desse pasientane stiller ikkje berre krav til god medisinsk og sjukepleiefagleg kompetanse. Gode mellommenneskelege relasjonar mellom kreftpasienten og sjukepleiaren kan ha innverknad på helsa, livskvalitet og håp. Kreftpasienten sin følelse av opplevd respekt, empati og tryggleik kan gjere det lettare å meistre situasjonen sin (Lorentsen & Grov, 2017, s. 398). Sjukepleiaren må vere tilgjengeleg og ha gode kommunikative eigenskapar. Når kreftpasientar kan ha så mange forskjellige reaksjonar, er det viktig at sjukepleiaren kan oppmuntre pasientane til å sjå sine ressursar og moglegheiter, slik at dei best mogleg kan meistre kreftsjukdommen.

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) har utvikla ein kreftstrategi som skal sikre kvalitet i kreftomsorga, brukarmedverknad og hjelp til å meistre sjukdommen. Målet er at helsepersonell skal ta utgangspunkt i pasientane sine individuelle behov, og at ein på den måten kan gi best mogleg sjukepleie. Det sentrale spørsmålet blir dermed kva som er viktig for den enkelte pasienten.

1.1. Formålet med oppgåva

Oppgåva gir meg moglegheit til ei sjølvstendig fordjuping i eit sjølvvalt og spanande tema. Innhaldet vil vere gunstig å ha med seg vidare når eg i framtida skal hjelpe kreftpasientar med å meistre sjukdommen sin. Samstundes meiner eg at oppgåva har overføringsverdi til andre pasientgrupper då meistring av sjukdom alltid vil vere sentralt i sjukepleie.

1.2. Problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen?

1.3. Avgrensing av problemstilling

Kreftpasientar møter fleire utfordringar gjennom sjukdommen sin. Dei skal igjennom diagnostisering, behandling, biverknadar og seinverknadar. Nokon opplev diverre residiv av sjukdommen og at det ikkje lenger er behandling å tilby (Reitan, 2017, s. 34–37). Det er viktig å understreke at alle kreftpasientar er ulike og at opplevinga av sjukdommen vil variere i det enkelte tilfelle. Nokon kan gjennomgå store kriser, medan andre har lettare for å meistre sjukdommen. Andre konsekvensar kan vere fysiske og psykiske reaksjonar som uvissheit, tap av kontroll og tap av funksjonar som fysisk form eller konsentrasjon (Reitan, 2017, s. 34–37). Utfordringane pasienten møter på kan også vere ulike etter kva krefttype ein står ovanfor (Lorentsen & Grov, 2017, s. 398). Denne oppgåva tek utgangspunkt i korleis sjukepleiaren kan bruke kommunikasjon, relasjon, håp, brukarmedverknad og ei individuell tilnærming for å hjelpe vaksne kreftpasientar til meistring.

1.4. Disposisjon av oppgåva

Kreftpasientar kan ha ulike krefttypar som medfører ulike subjektive opplevingar og sjukdomsforløp. Neste kapittel beskriv kven kreftpasienten er, kreft som diagnose og kor

sjukepleiaren møter dei. Deretter blir meistring og transaksjonsmodellen til Lazarus og Folkman tatt opp. Vidare korleis sjukepleiaren kan bruke kommunikasjon, relasjon og håp som grunnlag for meistring. Travelbee vektlegg dette gjennom sin definisjon på sjukepleie, og blir nytta som teoretisk grunnlag, i tillegg til Norsk sjukepleiarforbund sine yrkesetiske retningslinjer. Oppgåva er ein litteraturstudie, og i metodekapittelet vert søke- og utvalsprosessen skildra. Resultat frå studiane blir tematisk presentert i eige kapittel. Deretter drøftast problemstillinga i lys av forskning, teori og egne erfaringar. Avslutningsvis oppsummerer eg sentrale funn.

2. Teori

Kreftsjukdom og kreftbehandling er ei fysisk og psykisk påkjenning, og kan medføre endringar i pasienten sine grunnleggjande behov og føre til forskjellige utfordringar når det gjeld meistring. Sjukepleiaren har viktige oppgåver knytt til det å kartlegge og setje i verk relevante tiltak for at pasienten får dekkja sine behov (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar understrekar betydinga av ein heilheitleg praksis som fremjar helse, og som er basert på fagleg forsvarlegheit og brukarmedverknad (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.1. Kreftsjukdom og kreftpasienten

Kreft er fellesnemnaren for omlag 200 forskjellige krefttypar (Helse Norge, 2020). Kroppen produserer stadig nye celler som inneheld arvestoff, og celledeling er ein naturleg og nødvendig prosess i kroppen (Nakken, 2017, s. 353). Ved kreft oppstår det ein mutasjon i arvestoffet som gjer at celledelinga skjer ukontrollert, og dei muterte cellene vil ikkje utføre dei same oppgåvene som dei friske ville ha gjort (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399). Etterkvart som cellene fortsetter å dele seg, skjer det ei opphoping av kreftceller i organet der mutasjonen først skjedde. Denne opphopinga dannar ein tumor, og det er vanskeleg å seie når ein tumor kan oppdagast, då ulike krefttypar utviklar seg med forskjellig hastighet og symptombilete. Maligne tumorar kan, i motsetnad til benigne, vakse inn i andre organ eller metastasere via blodet eller lymfesystemet (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399).

Tradisjonell kreftbehandling er kjemoterapi, stråleterapi, kirurgi og endokrin behandling. Behandlinga kan bli gitt kvar for seg, eller som ein kombinasjon, og val av behandling er avhengig av krefttype, lokalisasjon og formål (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399–400). Behandlinga er tøff, og det er vanskeleg å vite korleis pasienten responderer. God informasjon om potensielle biverknadar og seinverknadar er viktig for at pasienten skal vere førebudd på kva som kan kome av utfordringar (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402).

Kreftsjukdom kan ramme alle aldrar, men førekomsten av kreft aukar likevel med alderen (Tretli & Larsen, 2018, s. 34–36), og i tre av fire tilfelle rammar det personar over 60 år (Kreftregisteret, 2021). Som sjukepleiar møter ein kreftpasientar både i spesialist- og kommunehelsetenesta. Dei fleste får behandling på sjukehus, men samhandlingsreforma (St.meld.nr.47, 2008) som skal sikre betre samarbeid innanfor helsevesenet, har ført til at mange kan ta delar av kreftbehandlinga heime, med oppfølging frå kommunehelsetenesta.

2.2. Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

For at sjukepleiaren skal kunne bidra til at kreftpasienten betre kan meistre sjukdommen, må ein kunne opparbeide relasjon og tillit. Travelbee (1999) definerer sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess der sjukepleiaren hjelper eit individ med å førebyggje eller meistre erfaringar med sjukdom. I dette ligg det at sjukepleiaren hjelp pasienten til å finne mening med erfaringane (Travelbee, 1999, s. 29). Sjukepleiaren må bruke sin kunnskap om korleis pasientar kan førebygge sjukdom, og korleis dei best mogleg kan samhandle for å meistre sjukdom og oppnå den beste helsetilstanden. Dette kan sjukepleiaren gjere gjennom grunnleggjande observasjonar, rettleiing og undervisning med pasienten. Ein god relasjon og kommunikasjon er sentralt for å utvikle eit godt samspel (Travelbee, 1999, s. 29-31). Det er viktig at sjukepleiaren ser pasienten som eit individ med eigne erfaringar, og forstår korleis samhandlinga mellom dei kan påverke pasienten sin sjukdomsoppleving. På denne måten kan sjukepleiaren lettare setje seg inn i sjukdomskjensla, slik at ein får ivaretatt dei sjukepleiefaglege behova (Travelbee, 1999, s. 171). Betre forståing av kreftpasienten kan gjere det lettare for sjukepleiaren å bidra til meistring. Teorien til Travelbee samsvarar med dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar som framhevar sjukepleiaren si viktige rolle med å fremje pasientane si helse gjennom å bidra til håp, livsmot og meistring (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.3. Meistring

Meistring nyttast synonymt med å få til noko. Både sjukepleiarar og kreftpasientar kjem stadig opp i nye situasjonar som gjer at ein må utvikle nye eigenskapar, for å seinare kunne meistre desse situasjonane (Lode, 2016, s. 40–41). Renolen (2015, s. 166) definerer meistring som «*evnen til å håndtere livshendinger og påkjenningar som overstiger de hverdagslige utfordringene*». Alle menneske taklar nye og vanskelege situasjonar ulikt. Kreftpasientar kan oppleve sjukdommen som ei livshending eller påkjenning som overstig kvardagslege utfordringar, fordi det trugar den fysiske og psykiske helsa. Det utfordrar både kreftpasienten og dei rundt dei til å meistre ein ny kvardag. Det er difor viktig at sjukepleiaren kjenner til psykiske reaksjonar ved kreftsjukdom (Reitan, 2017, s. 82).

Modellen til Lazarus og Folkmann, basert på problemfokusert og emosjonsfokusert meistring, er relevant for sjukepleiaren då den kan gje eit innblikk i kva meistringsstrategi den enkelte pasienten tek i bruk (Håkonsen, 2014, s. 259). Problemfokusert meistring inneber at pasienten aktivt forsøker å handtere dei livshendingane eller påkjenningane som overstig dei kvardagslege utfordringane (Reitan, 2017, s. 88). Emosjonsfokusert meistring relaterer seg meir til følelsane som oppstår ved ei livshending eller påkjenning, og det å prøve å redusere ubehaget utan å forandre situasjonen (Reitan, 2017, s. 89). Det er ikkje nødvendigvis slik at den eine meistringsforma er betre enn den andre, og ofte treng kreftpasientane begge strategiane for å takle påkjenningane og stresset som kreftsjukdom medfører (Håkonsen, 2014, s. 259).

Sjukepleiaren skal hjelpe kreftpasientane til meistring gjennom samhandling ut frå deira behov og situasjon. Samhandling kan vere i form av emosjonell, kognitiv eller praktisk støtte. Målet er å redusere stress og angst hjå kreftpasienten, som er viktig for å auke meistringmoglegheitene (Reitan, 2017, s. 92). Empowerment er eit sentralt begrep for meistring, og er ein prosess som tek sikte på at pasienten skal ta kontroll over faktorar som påverkar eiga helse. Sjukepleiaren har ei viktig rolle ved å leggje til rette for empowerment gjennom å motivere pasienten til å bruke sine ressursar (Tveiten, 2016, s. 30–32). Fordi pasienten sjølv er viktig for at sjukepleiaren skal kunne bidra til meisting, er brukarmedverknad sentralt. Brukarmedverknad er også ein lovfesta rett, jamfør pasient- og brukarrettslova (1999) § 3-1.

Ein kreftdiagnose kan for mange kreftpasientar opplevast som ei krise, og meistringsprosessen må difor sjåast i samanheng med den situasjonen pasienten er i (Lode, 2016, s. 41). Cullberg (2007) skildrar krise som individet sin psykiske situasjon ved ei hending som truar fysisk eksistens, sosial identitet og tryggleik. Det er vanleg at kreftpasientar etter diagnostisering går gjennom sjokk-, reaksjons-, bearbeidings- og nyorienteringsfasar (Cullberg, 2007, s. 130), og med det ulike reaksjonar som kan vere stressande (Reitan, 2017, s. 84). Stress blir ei forstyrring av det normale som følgje av kreftsjukdom. Kva kreftpasienten vel å gjere med det som opplevast som stressande, vil vere sentralt for meistring (Benner & Wrubel, 2014, s. 86–87).

Oppsummert kan ein seie at meistringsprosessen vil variere ut frå livssituasjon og tankar, der følelsar og handlingar påverkar kvarandre. Frå eit sjukepleiefagleg perspektiv er det viktig at sjukdom og lidning er noko både kreftpasienten og sjukepleiaren forhold seg til og ikkje framandgjer (Benner & Wrubel, 2014, s. 285).

2.4 Relasjon og kommunikasjon som grunnlag for meistring

God kommunikasjon er viktig for å bidra til at kreftpasientar meistrar kvardagen, og er ein føresetnad for utøving av god sjukepleie (Reitan, 2017, s. 104). Sjukepleiaren kan bidra til å skape trygge og gode rammer i relasjonen, slik at kreftpasienten kjenner ei oppleving av tillit, tryggleik og truverdighet. Det er sentralt med eit reflektert forhold til eigne verdiar, haldningar og veremåte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 71). Kommunikasjon er ein gjensidig prosess, og god formidlingsevne er sentralt for korleis mottakar tolkar budskapet. Utsegna tolkast ut i frå verbal og nonverbal kommunikasjon, og det er viktig at sjukepleiaren har eit kroppsspråk som samsvarar med budskapet som blir kommunisert (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9).

Dei følelsmessige reaksjonane hjå kreftpasientar kan gjere det vanskeleg for dei å ta inn over seg og forstå all informasjon. Det er difor viktig at sjukepleiaren har evna til å dosere mengda informasjon som blir gitt, og vurderer om pasienten har forstått (Loge & Ekeberg, 2018, s. 457–458). Som sjukepleiar ønskjer ein å bruke kommunikasjon både til å informere og motivere kreftpasienten. Ein kommunikasjon som er informativ, empatisk, støttande og som gir inntrykk av tilgjengelegheit, er viktig for å gjere situasjonen betre for kreftpasientane

(Heyn, 2015, s. 363). For sjukepleiaren er kommunikasjon også eit viktig reiskap for å bli kjent med kreftpasienten og deira behov (Travelbee, 1999, s. 135).

Sjukepleiaren bør vere profesjonell i kommunikasjonen, som vil seie å vere sakleg i utøvinga, og ha gode evne til lytting. Aktiv lytting, utforsking og anerkjenning av kreftpasienten sine utsegn er viktig for deira oppleving av å bli sett og forstått, og aukar sjansen for at pasienten opnar seg og deler sine tankar og følelsar (Eide & Eide, 2017, s. 16–17). Observasjon av pasienten sine kognitive tankar er sentralt for at sjukepleiaren skal kunne bidra til meistring. Dersom kreftpasienten kjenner kognitiv kontroll og kjenner seg godt informert, kan det redusere usikkerheit. Det er difor viktig at sjukepleiaren brukar eit språk som er forståeleg, og er open for spørsmål (Eide & Eide, 2017, s. 16–17).

Samstundes som sjukepleiaren skal vere profesjonell og sakleg i møte med pasienten, er ein trygg og god relasjon viktig for å forstå og samhandle med kreftpasientar på ein god og hensiktsmessig måte. Travelbee (1999, s. 40) meiner ein god relasjon kan utviklast gjennom eit menneske-til-menneske-forhold som veks fram gjennom eit innleiande møte, utvikling av identitet, empati, sympati og medkjensle. Desse faktorane kan gjere at sjukepleiaren og kreftpasienten får betre forståing for kvarandre. Utviklinga av ein relasjon gjer det lettare for sjukepleiaren å setje seg inn i kreftpasienten sin situasjon, noko som er viktig for å ivareta deira sjukepleiefaglege behov (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9–13). God omsorg og kontinuitet er også faktorar som kreftpasientar ser på som viktige for ein god relasjon (Dahl, 2016, s. 49). Ein god relasjon basert på dei overnemnte faktorane kan bidra til at kreftpasienten lettare kan opne seg og dele eigen sårbarheit. Det er viktig for at sjukepleiaren skal kunne møte pasienten der dei er (Eide & Eide, 2017, s. 48–50). Dersom sjukepleiaren klarar å skape ein forståingsfull relasjon til kreftpasienten vil det kunne bidra til meistring (Travelbee, 1999, s. 171).

2.5 Håp som grunnlag for meistring

Håp er for mange kreftpasientar rangert som den beste meistringsstrategien (Reitan, 2017, s. 88). Kreftsjukdom kan medføre psykisk og fysisk stress, biverknadar og seinverknadar som gir mismot. Ein vanskeleg situasjon aktualiserer betydinga av håp for kreftpasientar. Håp er assosiert med eit ønskje eller ei positiv forventning for framtida (Utne, 2017, s. 67).

Sjukepleiaren har ein viktig funksjon med å bidra til at kreftpasientar meistrar sjukdommen gjennom å hjelpe dei til å finne meaning og håp. Håp er for mange kreftpasientar ein motiverande faktor bak åtferd, og kan gjere det meningsfult for kreftpasienten å hente fram indre ressursar for å takle sjukdommen (Renolen, 2015, s. 174). Utan håp, blir det vanskeleg for pasienten å sjå løysingane (Travelbee, 1999, s. 118).

Sjukepleiaren kan bidra til å styrkje håpet gjennom å gi kreftpasienten god informasjon, vere omsorgsfull, respektull og tilgjengeleg. Samstundes kan tilrettelegging av sosiale relasjonar vere eit viktig tiltak for kreftpasienten si oppleving av håp (Utne, 2017, s. 311).

3. Metode

I detta kapittelet vil eg kort presentere kva metode er, og bakgrunn for metodeval. Samstundes vil eg seie litt om søke- og utvalsprosessen og kjeldekritikk.

3.1. Litteraturstudie som metode

Metode er ein framgangsmåte for å finne kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Oppgåva sine retningsliner gjer det naturleg å bruke litteraturstudie som metode, fordi eg kan bruke eksisterande teori og forskning. I søke- og utvalsprosessen har det vore viktig å samle inn nok data og kritisk vurdere den før bruk. Formålet er å finne god og oppdatert kunnskap som svarar på problemstillinga (Thidemann, 2015, s. 79–80).

3.2. Søke- og utvalsprosess

For å lette søkeprosessen er det viktig at problemstillinga er tydeleg, og for å strukturere arbeidet med søkeprosessen nytta eg PICO skjema, jf. Vedlegg 1 (Nortvedt et al., 2012, s. 33–34). I søkeprosessen har eg brukt databasane Medline, Cinahl og Academic Search Elite. For å finne internasjonal forskning nytta eg engelske søkeord, og MeSH og Ordnett.no ga ei presis medisinskfagleg oversetjing. Søkeorda eg har brukt er *cancer/neoplasm*, *cancer or oncology patient*, *coping/coping strategies*, *nurse/nursing interventions*, *communication*, *hope or meaning of hope*, *lifestyle* og *gender differences*. Vedlegg 2 syner søkehistorikk.

Når eg skulle vurdere artikkelar las eg først samandraget før eg eventuelt gjekk djupare i studiane med bruk av sjekklister for kritisk vurdering av kvalitet (Helsebiblioteket, 2016). For å velje ut forskning, sette eg opp nokre inklusjonskriterier for utvalsprosessen (Dalland, 2017, s. 211). Kriteriane var om artikkane var eigna til å svare på problemstillinga, IMRAD-struktur, nyare og fagfelleverdert forskning (etter 2014) og pasientar som informantar. Dette for å få kunnskap om kva pasientane sjølve ser som sentralt for meistring. Ein studie hadde både pasientar og pårørande som informantar, og då trakk eg ut pasientane sine utsegn. Viser til vedlegg 3, oversikt over valde studiar.

3.3. Kjeldekritikk

For å auke oppgåva si truverde og faglegheit, er det viktig at kjeldegrunnlaget er kvalitetssikra. Kjeldekritikk handlar om å gjere greie for den litteraturen som er brukt. Hensikta er at lesarane skal forstå dei vurderingane og refleksjonane som er gjort med tanke på relevans og truverde av litteratur og forskning (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158–159). Helsebiblioteket sine sjekklister for å vurdere forskingsartikkelar er nytta (Helsebiblioteket, 2016). Eg såg etter kva tidsskrift studiane var publiserte i, årstal, relevansen for mi problemstilling og om det var fagfelleverdert forskning, som er ein styrke (Thidemann, 2015, s.86). Eg har nytta primærkjelder av nyaste utgåver, med unntak av skildringa av teorien til Lazarus og Folkman. Ein svakheit ved sekundær kjelder kan vere at forfattaren har eigne tolkingar (Dalland, 2017, s. 171).

3.4. Etiske aspekt

Det er viktig at ei bacheloroppgåve er redeleg og transparent. Det vil seie at ein nyttar referansar for å hjelpe lesar med å finne tilbake til kjeldene. Samstundes skal ein anerkjenne arbeid som allereie er gjort (Dalland & Trygstad, 2017, s. 164). I løpet av oppgåva vil eg bruke eigne erfaringar, anonymiserte i tråd med etiske retningslinjer.

4. Funn frå forskingsartiklane

Gjennomgang av artiklane viser at det er nokre tema som går igjen når det gjelder korleis sjukepleiaren kan hjelpe pasientane med meistring. Dei viktigaste funna blir presentert her.

4.1. Betydinga av informasjonsformidling og kommunikasjon

Sjukepleiaren sine kommunikative ferdigheter og formidling av informasjon er viktig for kreftpasientar si forståing av sjukdommen. Studien til Tuominen et al., (2018) viser at informasjon og støtte er viktige interaksjonar for å bidra til meistring. Dette støttast av Mikkelsen et al., (2015), Campbell-Enns et al., (2017) og Asiedu et al., (2014), som også trekk fram at informasjon er sentralt for å meistre kreftsjukdom. Trass i det, viser studiane at kreftpasientar ofte har eit udekt informasjonsbehov knytt til sjukdommen, symptom og behandling, noko som kan gi auka usikkerhet og føre til stress.

God informasjon aukar kreftpasientar sin kunnskap om kva dei kan forvente seg, og har positiv effekt på kreftrelaterte symptom som fatigue, søvn, angst og usikkerheit (Tuominen et al., 2018). God informasjon kan også føre til auka velvære, meir brukarmedverknad og meistring (Campbell-Enns et al., 2017). Dette er i tråd med studien til Asiedu et al., (2014) der informasjon blei sett på som viktig for meistring fordi det aukar forståinga for sjukdommen og på den måten reduserer usikkerheiten. Samstundes er det mykje informasjon å setje seg inn i, og informasjonsbehovet kan endre seg over tid (Campbell-Enns et al., 2017). Tilpassa informasjon er då viktig for å kunne meistre sjukdommen sin (Mikkelsen et al., 2015).

Informasjon må vere tilgjengeleg i form av skriftleg materiale og nokon å spørje.

Sjukepleiaren må difor vere tilgjengeleg for samtale for at pasienten skal kunne takle usikkerheit. Saman med problemløysande terapi og koordinering av tenestene var dette intervensjonar som støtta kreftpasientane si meistring (Tuominen et al., 2018). Internett kan vere ei god kjelde til informasjon, men kan også føre til auka stress. Pasientar har difor meir tillit til helsepersonell (Asiedu et al., 2014). Nokre kreftpasientar synes det kan vere vanskeleg å snakke med familie og venner om kreften, og har behov for samtale med sjukepleiaren for å dele sine tankar og følelsar (Mikkelsen et al., 2015). Nokre kreftpasientar

synes det er vanskeleg å ta kontakt med sjukepleiarane dersom dei opplevast travle (Campbell-Enns et al., 2017).

Kreftpasientar er ulike, noko som påverkar evna til å forstå informasjon (Campbell-Enns et al., 2017). Kreftsjukdom kan også gi auka emosjonelt stress og usikkerheit, noko som kan gjere det vanskeleg å oppfatte informasjon og stille oppfølgingsspørsmål. Måten informasjon blir formidla på er viktig for om kreftpasienten opplev informasjonen som håpefull eller om dei får ein følelse av mismot (Nierop-van Baalen et al., 2016). Helsepersonell brukar mykje fagspråk, noko som hindrar ein god kommunikasjon og forståing. Inkonsekvent informasjon og ein upersonleg tilnæringsmåte var også noko som førte til at kreftpasientane opplevde dårlegare kommunikasjon og auka bekymring. Nokre informantar hadde forståing for at formidling av kreftinformasjon var komplekst, medan andre følte at helsepersonell heldt tilbake informasjon for å ikkje uroe dei (Campbell-Enns et al., 2017). På ei anna side kan ei for personleg tilnærming føre til at det blir brukt eit for emosjonelt språk. Dette kan føre til at pasienten opplev å mangle informasjon for å ta den beslutninga dei meiner er best, uavhengig av sjukepleiaren. Emosjonell kommunikasjon kunne flytte fokuset frå det som kreftpasienten meinte var viktig, til det sjukepleiaren meinte var viktig (Campbell-Enns et al., 2017).

Informantar i studien til Campbell-Enns et al., (2017) meinte dårleg kommunikasjon mellom sjukepleiarane påverka korleis dei opplevde omsorgen. Dei opplevde det slitsamt å stadig gjenta personleg informasjon som følgje av at informasjon ikkje vart formidla gjennom ledd. God koordinering av tenester er viktig for meistring ved at dei er førebyggjande (Tuominen et al., 2018).

Fordi pasientane har ulikt behov og ulik evne til å oppfatte informasjon, bør sjukepleiaren spørje pasienten regelmessig om det er noko dei manglar av informasjon. Det er viktig at sjukepleiaren er klar over at kreftpasientane har eit stort informasjonsbehov, og at dette kan endre seg gjennom sjukdomsforløpet. I studien til Tuominen et al., (2018) var sjukepleiarintervensjonane implementert i alle delar av behandlingforløpet, og ein såg at informasjonsformidling hadde best effekt når det vart gitt gradvis med korte intervallar.

4.2. Fleirdimensjonale sjukepleiarintervensjonar

Det finnast ulike intervensjonsmåtar sjukepleiaren kan bruke for å hjelpe kreftpasientane til meistring. Tuominen et al., (2018) delte intervensjonane inn i pedagogiske, psykososiale, psykologiske og aktivitetsbaserte, som alle var faktorar for meistring. Effekten av dei undersøkte sjukepleiarintervensjonane var best når dei var fleirdimensjonale, fordi dei styrka kvarandre sin effekt.

Ein undersøkt psykososial intervensjon var emosjonell skriving, som vart brukt for å meistre gjennom å uttrykke sine tankar og følelsar knytt til det som var stressande. Gjennom denne intervensjonen kunne sjukepleiaren hjelpe kreftpasienten til å utvikle ei «fighting spirit»-haldning (Tuominen et al., 2018).

Ein annan form for intervensjon er den psykologiske, som handlar om at sjukepleiaren kan hjelpe kreftpasienten til meistring gjennom kognitiv åtferdsterapi og positive utsegn. Dette kan gjere at kreftpasienten kjenner igjen stressande og negative tankar, og kan gjere noko med det før det blir for overveldande. Psykologiske intervensjonar var positive på usikkerheit, sjølvbilete og evna til å takle kreft på lang sikt (Tuominen et al., 2018). Positiv omformulering gjennom kognitive prosessar er ein sentral meistringsfaktor som er med å redusere byrda av diagnosen og fremje håp og optimisme. Samtale med sjukepleiaren eller kontakt med andre kreftpasientar kan påverke dei kognitive prosessane (Asiedu et al., 2014).

Håp er ein viktig del av livet, og ein god meistringsstrategi for å takle negative følelsar som kjem som følgje av kreftsjukdommen. Håp kan gi kreftpasientar energi, og sjukepleiaren har ei sentral rolle med å fremje håpet gjennom å bidra til optimisme og motivasjon for framtida (Nierop-van Baalen et al., 2016). Same studie viser at dersom kreftpasientane ikkje har håp, kan det redusere livskvaliteten og føre til at ein lettare gir opp. Nokre kreftpasientar brukte håp som beskyttelse mot dårlege beskjedar, medan andre brukte det for å sjå framover. Fråvær av håp var assosiert med at kreftpasienten ikkje opplevde meaning med situasjonen sin. Dårleg kontroll av kreftrelaterte symptom kunne påverke håpet, og håpet var difor i endring gjennom sjukdomsforløpet. Dersom sjukepleiarane forstod kreftpasientane sitt håp, kunne det gi betre psykososial støtte (Nierop-van Baalen et al., 2016).

4.3. Brukarmedverknad som intervensjon

Brukarmedverknad står sentralt i både nasjonale føringar, forskning og i utøving av all sjukepleie. Brukarmedverknad handlar om at pasienten får tilstrekkeleg informasjon slik at dei kan vere med å utforme eigen behandling. Det å bruke kunnskap frå pasienten saman med fagkunnskap, kan gjere behandlinga betre og meir brukarorientert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 12). Hjelp til å setje seg mål og få positiv respons, kan gi pasienten auka følelse av kontroll over situasjonen og den nye kvardagen, og styrke håpet for framtida. Sjukepleiaren kan ha ei viktig rolle gjennom motivering og støtte, og slik bidra til å auke pasienten sin motivasjon (Mikkelsen et al., 2015). Det er viktig at informasjon, råd og oppfølging er basert på pasienten sine egne ønsjer. Det at pasienten tek ei aktiv rolle og set egne mål, er ein form for problemfokustert meistringsstrategi (Mikkelsen et al., 2015).

4.4. Livsstilsending som meistringsstrategi

Fysisk aktivitet har positive effektar på kreftrelaterte symptom som fatigue, kvalme og depressive tankar. Kreftpasientar kan oppleve det som positivt å kjenne at kroppen fungerer, og dermed få betre sjølvkjensle. Det kan også gjere det lettare å ta tankane vekk frå sjukdommen (Mikkelsen et al., 2015), og gjere ein betre rusta til å takle framtidige utfordringar (Asiedu et al., 2014). Rettleiing, informasjon og oppfølging er sentralt for å kunne tilpasse seg ein sunnare livsstil. Sjukepleiaren sitt bidrag til auka kunnskapsnivå og fokus på betydninga av ein sunn livsstil kan bidra til at fleire kreftpasientar kjenner seg komfortable med situasjonen sin (Mikkelsen et al., 2015; Tuominen et al., 2018).

Kreftpasientane er klar over at livsstilsending ikkje kurerer kreften, men dei positive effektane kan gi meistring som igjen aukar livskvaliteten og håpet. Nokre av informantane i studien til Mikkelsen et al. (2015) fekk auka motivasjon til å gjere ein livsstilsending dersom dei gjorde aktivitetar saman med andre kreftpasientar, til dømes samtalar, turgrupper eller matgrupper (Mikkelsen et al., 2015). Nokre kunne derimot kjenne skuffelse og lågare motivasjon dersom dei ikkje klarte å gjennomføre aktivitetane. Kreftrelaterte symptom kan setje større grenser for livsstilsending enn det pasientane ønsjer (Mikkelsen et al., 2015), og sjukepleiaren må difor ha forståing for at nokon dagar eller periodar kan vere tyngre enn andre.

Aktivitetsbaserte intervensjonar med rettleiing og oppfølging frå sjukepleiaren har god effekt på pasientar som er under aktiv behandling, og kan førebyggje kreftrelaterte symptom. For å lukkast er det viktig med varierende former, tid og tett oppfølging (Tuominen et al., 2018).

4.5. Individet står sentralt

Eit gjennomgåande funn frå alle studiane syner betydinga av individet og den enkelte pasienten sine behov. I studien til Vassbakk-Brovold et al., (2018) kjem det fram at ein i seinare tid har gått vekk i frå tilnærminga om at «one size fits all» ved bruk av ulike livsstilsintervensjonar. Tilnærminga om «one size fits all», baserer seg på ein tanke om at sjukepleiaren kan nytte dei same metodane med alle pasientar. I artikkelen kjem det fram at fokuset no er flytta over på individet og at brukarmedverknad er ein sentral faktor i all behandling (Vassbakk-Brovold et al., (2018). Det har også vist seg at behandlinga lukkast best der pasienten sjølv har fått moglegheit til å ta ei aktiv rolle, då dette har bidrege til å gjere behandlinga meir individualisert (Mikkelsen et al., 2015). Det er viktig at sjukepleiaren ser heile mennesket og legg til rette for det pasienten meiner er viktig. For fleire kreftpasientar kan det vere å kunne leve normalt og utøve ein hobby så langt det er mogleg (Asiedu et al., 2014).

Det kan vere kjønnsforskjellar knytt til kva meistringsstrategiar ein vel under kjemoterapeutisk behandling (Oppegaard et al., 2020). Studien til Oppegaard et al., (2020) syner at kvinner brukar positiv omformulering, åndeleg- og instrumental støtte, ventilering av følelsar og sjølvstraksjon, medan menn oftare brukte humor og rusmiddel for å mesitre situasjonen sin.

5. Korleis kan sjukepleiaren bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen?

I dette kapitlet vert problemstillinga drøfta i lys av funn, teori og egne erfaringar.

5.1. Kommunikasjon og informasjon er grunnleggjande for meistring

Kreftsjukdom kan opplevast som ei krise, som trugar fysisk og psykisk helse, og utfordrar den normale kvardagen (Lode, 2016, s.41; Reitan, 2017, s. 82). Sjukdommen kan føre til endringar i grunnleggjande behov, og ein endra emosjonell tilstand kan påverke kreftpasienten sin evne til å forstå situasjonen sin. Dette kan gjere det vanskelegare å meistre sjukdommen (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). Mange kreftpasientar opplev at dei ikkje har god nok informasjon og forståing av sjukdommen. Det fører til meir usikkerheit, angst og dårlegare føresetnadar for å meistre sjukdommen (Asiedu et al., 2014; Campell-Enns et al., 2017; Mikkelsen et al., 2015). Det er difor viktig at sjukepleiaren klarar å dekke kreftpasienten sitt informasjonsbehov.

Sjukepleiaren sin relasjon til kreftpasienten er sentral for utøving av god sjukepleie, og kan betre sjukepleiaren si forståing og samhandling med kreftpasienten (Travelbee, 1999, s 40). Kreftsjuke har erfart at det ikkje alltid er like lett å snakke med familie og venner om sjukdommen (Mikkelsen et al., 2015), og dersom sjukepleiarane opplevast som travle er det eit hinder for at pasientane tek kontakt (Campbell-Enns et al., 2017). Sjukepleiaren må vere tilgjengeleg for samtale med pasienten (Tuominen et al., 2018). Kreftpasienten si oppleving av tillit, tryggleik og truverdigheit til sjukepleiaren skapar gode rammer for relasjon. For at sjukepleiaren skal kunne skape desse rammene er det viktig med eit reflektert forhold til egne verdiar og veremåte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 71).

Sjukepleiaren sin kartlegging av kreftpasienten sine kognitive tankar er viktig for å forstå kva som må endrast for å bidra til meistring. Denne kartlegginga kan skje gjennom samtale der sjukepleiaren kan informere, observere og undervise kreftpasienten. Aktiv lytting og anerkjening av kreftpasientane sin historie er viktig for at dei skal kjenne seg sett og forstått. På denne måten kan pasienten lettare dele av sine tankar og følelsar, slik at sjukepleiaren kan møte pasienten der dei er (Eide & Eide, 2017, s. 16–17).

Det å bli kjend med kreftpasienten er sentralt for å finne ut kva som betyr noko for pasienten. Mi oppleving er at samtalane ofte kan bli noko overflatiske, men at nokon kan sette pris på å bli kjend med personalet. Enkle ting som å presentere seg med namn og gi litt av seg sjølv som ikkje er jobbrelatert, kan betre relasjonen til kreftpasienten. Det er viktig å vere klar over at ein også må kunne beskytte seg for å ikkje bli for emosjonelt påverka, og at det er pasientar som ikkje er interessert i ein slik kommunikasjon fordi dei slit med å akseptere sjukdommen. For personleg og emosjonelt språk kan påverke kreftpasienten si evne til å ta sjølvstendige val, uavhengig av det sjukepleiaren meiner (Campbell-Enns et al., 2017). Sjølv om det er viktig å skape ein god relasjon, er det viktig at ein klarar å oppretthalde ein profesjonell relasjon slik at kreftpasienten er sjølvstendig. Ei for inkonsekvent og upersonleg tilnærming kan derimot føre til stress og usikkerheit (Tuominen et al., 2018).

Eit hinder for god informasjonsflyt og forståing kan vere medisinsk fagspråk (Campbell-Enns et al., 2017). Dette er ei vanleg problemstilling i praksis, og eg opplev å bruke mykje tid på å forklare latinske uttrykk i epikrise, beskjedar etter legevisitt og kva som er normale referanseverdiar for ulike målingar. Kommunikasjon er ein kontinuerleg prosess, og sjukepleiaren si formidlingsevne, kroppsspråk og val av ord er viktig for korleis kreftpasienten oppfattar budskapet (Reitan, 2017, s. 104).

Eg har erfart at kreftpasientar har ulikt behov for informasjon. Nokre har gode føresetnadar for å forstå sjukdommen, medan andre treng meir tilpassa informasjon. Dette kan skuldast den emosjonelle tilstanden som påverkar evna til å oppfatte informasjon og stille spørsmål. Det er difor viktig at sjukepleiaren har evne til å dosere informasjonen som skal formidlast (Loge & Ekeberg, 2018, s. 457). Informasjonsformidling er mest effektivt når det blir gitt gradvis og i korte intervallar (Tuominen et al., 2018). Det er viktig å vere klar over at pasientane har ulik forståing for informasjon, og at dette behovet kan endre seg gjennom sjukdomsforløpet (Campbell-Enns et al., 2017). Det er difor viktig at sjukepleiar får kartlagt kva pasienten har forstått. Ofte kan ansiktsmimikk seie mykje, men det beste er ofte å spørje om pasienten har forstått informasjonen eller om det er informasjon kreftpasienten manglar.

Medan eg har arbeidd med kreftpasientar, har eg observert, at me ofte gir same informasjon i same mengde til pasientane. Dette kan skuldast at sjukepleiarar fort kan forholde seg til standardiserte «malar», og ikkje er blitt godt nok kjende med den enkelte kreftpasient sitt individuelle behov (Kirkevold, 2015, s. 202). Det kan vere utfordrande å gi nok informasjon samtidig som ein skal kunne oppretthalde teieplikt og respekt for pasienten på grunn av at ein sjeldan møter pasientane på einerom.

Dersom kreftpasienten får dekkja sitt informasjonsbehov kan det gi ein følelse av kognitiv kontroll, og det er difor viktig at informasjonen er tilgjengeleg i skriftleg form og at ein har nokon å spørje (Mikkelsen et al., 2015). Mi erfaring er at ein kombinasjon av dette fungerer best, nettopp fordi mange kan ha redusert evne til å registrere informasjon. Handfast informasjon med moglegheit for tenkepause før ein stiller spørsmål, kan bidra til at pasienten får dekt informasjonsbehovet. Det blir støtta av Campbell-Enns et al., (2017) som syner at god og individuelt tilpassa informasjon gjer det lettare å forstå informasjonen, noko som fører til auka sjølvtilitt, meir brukarmedverknaden og bidreg til at ein lettare kan meistre situasjonen sin. Funna til Asiedu et al., (2014) bekreftar også at auka forståing bidreg til meir brukarmedverknad og gjer det lettare å meistre sjukdommen.

Ei anna side ved dette, er sjukepleiaren sin evne til å forstå pasienten sine behov og gi beskjedar vidare gjennom ulike ledd. Det at pasienten stadig må gjenta beskjedar til sjukepleiarane vart oppfatta som dårleg pleie (Campbell-Enns et al., 2017). Eg veit av erfaring at dette kan opplevast som eit irritasjonsmoment hjå pasientane, då dei kan få kjensla av at sjukepleiarane ikkje høyrer etter eller ikkje bryr seg. Samstundes kan det vere vanskeleg å få beskjedar spreidd til fleire kollegaer og gjennom fleire skift. Kontinuitet i arbeidet og gode rutinar på vidareformidling av informasjon er sentralt for at pasientane skal oppleve at dei blir sett og respektert. God koordinering av tenester er ein intervensjon som skapar føreseielegheit og verkar førebyggjande for kreftpasientar i meistringsprosessen (Tuominen et al., 2018).

God kommunikasjon og relasjon er dermed sentrale faktorar for å kunne hjelpe pasientane til meistring. Dersom sjukepleiar bidreg til å endre fokuset til kreftpasienten ved å ta ei meir aktiv rolle til problemet, kan dette vere eit steg i retning av å utvikle ei «fighting spirit»-

haldning (Tuominen et al., 2018). Samstundes kan sjukepleiaren ha mykje makt i samtalane. Det blir bekrefta av Travelbee (1999, s. 44–45) som meiner at sjukepleiarar kan styre pasientinteraksjonen ved hjelp av kommunikasjon. Denne makta kan henge saman med kreftpasientane sitt udekka informasjonsbehov i møte med sjukepleiarar som har den relevante kompetansen. Dersom dette maktforholdet blir skeivt, kan det gå utover pasienten sin oppleving av respekt og tillit (Eide & Eide, 2017, s. 16–17).

5.2. Nyttig med fleirdimensjonal tilnærming

Konsekvensane av kreftsjukdom kan vere mange, og i tillegg til biverknadar som kvalme, fatigue og endra sjølvbilete, opplev pasientane også at sjukdommen kan påverke livskvalitet og auke stress og angst. Mange kan kjenne på usikkerheit, og om behandlinga kan gjere dei friske. For at sjukepleiaren skal kunne hjelpe pasientane til meistring, er det viktig å vite kva for intervensjonar som kan vere nyttige for at pasienten betre skal kunne takle dei ulike følgjene av kreftdiagnosen. Det er gjerne ikkje éin intervensjonsmåte som kan hjelpe pasienten med alle utfordringane dei står i. Tvert i mot viser forskning at sjukepleiaren sine intervensjonar gjerne fungerer best dersom dei er fleirdimensjonale (Tuominen et al., 2018). Det inneber at ein nyttar fleire intervensjonsmåtar samtidig.

Medan det å gi pasienten informasjon kan bidra til å auke pasientens kunnskap, redusere usikkerheit og betre søvnen, har ein sett at informasjon åleine ikkje alltid gir pasienten betre livskvalitet, eller mindre angst og stress (Tuominen et al., 2018). Motsett kan ein psykososial intervensjon, bidra til å auke pasientens følelse av velvære. Emosjonell skriving er ein psykososial intervensjon der kreftpasienten uttrykke sine tankar og følelsar knytt til det som opplevast stressande (Tuominen et al., 2018). Min erfaring er at nokre pasientar ikkje ønskjer å prate om det som er vanskeleg, og at dei då kan ha god nytte av å skrive, ved å ta vekk presset med å fortelje. Skriving er og ein metode for å sjå tilbake på kva som har vore gjort, og kva som har fungert eller ikkje i behandlinga. Denne intervensjonen har samanheng med den emosjonsfokuserte meistringsstrategien til Lazarus og Folkman (Håkonsen, 2014, s. 259), og formålet er å fokusere på dei negative følelsane som oppstår i ein situasjon, og forsøke å endre eller redusere ubehaget til pasienten (Håkonsen, 2014, s. 259). Med ei slik tilnærming distanserer kreftpasienten seg frå problemet, noko som kan gjere det lettare å leve med situasjonen (Renolen, 2015, s. 170–171).

Psykologiske intervensjonar var ein annan meistringsmetode nytta i studien til Tuominen et al., (2018). Det sentrale var at sjukepleiar hjalp kreftpasientane gjennom kognitiv åtferdsterapi, støttande haldningar og hjelp til å kjenne att symptom på det som var stressande. Slike intervensjonar har også ein samanheng med emosjonsfokusert meistringsstrategi, der det å jobbe med å styre tankane inn mot noko positivt er sentralt (Asiedu et al., 2014). Slik positiv omformulering kan vere nyttig i dei to første fasane av krisereaksjonane (Cullberg, 2007) , fordi det kan redusere negative følelsar som er knytt til sjukdommen, før ein vel å fokusere på å løyse dei utfordringane den medfører gjennom ein problemfokusert meistringsstrategi (Håkonsen, 2014, s. 258). Det å nytte både emosjonsfokuserte og problemfokuserte meistringsstrategiar kan difor vere riktig for mange kreftpasientar.

5.3. Håp som drivkraft

Ein alvorleg kreftsjukdom kan føre til ei oppleving av fortvilning, angst og frykt for å døy (Utne, 2017, s. 67). Kreftpasientane si oppleving av ein vanskeleg og trugande situasjon aktualiserar betydinga av håp (Lohne, 2016, s.114). Håp assosierast som noko positivt eller eit ønskje for framtida. I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar blir sjukepleiaren sitt ansvar for å understøtte håp og livsmot trekt fram. For å bidra til håp meiner eg det er viktig å skape gode augeblikk som kan bidra til å lette byrdene til kreftpasienten. Det blir støtta av Travelbee (1999, s. 117) som meiner at håp er ein motiverande faktor for å meistre vanskelege situasjonar. I studien til Nierop-vaan Baalen et al., (2016) er håp betrakta som ein effektiv meistringsstrategi og som ein viktig del av livet, då det kan hjelpe kreftpasientar med å takle belastande følelsar og sjå framover. Håp skal vere framtidsretta, og bidra til å gjere situasjonen med kreftsjukdom lettare å meistre.

Eg hugsar ein situasjon med ein kreftpasient som hadde vore innlagt på sjukehus over lengre tid. Svekkja immunforsvar førte til isolering og nedstemtheit. Pasienten hadde håp om å kome ut i parken og ete is. På eit tidspunkt vart dette mogleg, og det skapte eit augeblikk som ga pasienten meining og håp for å stå på vidare. Renolen (2015, s. 174) meiner håp kan vere viktig for å hente fram indre ressursar for å takle motgang. Håp kan ha positiv innverknad på kreftpasientar sitt energinivå og motivasjon (Nierop-vaan Baalen et al., 2016).

Sjukepleiaren har ei viktig rolle med å bidra og motivere til håp hjå kreftpasienten. Det kan sjukepleiaren gjere gjennom å gi god informasjon, vere omsorgsfull, vise respekt og vere tilgjengeleg. Lengre opphald utan sine sosiale relasjonar kan svekke motivasjonen til å stå på vidare, og mi erfaring er at familie og nære relasjonar kan vere viktige for å fremje motivasjon og håp fordi pasienten kan oppleve positive assosiasjonar ved å ha kjente tilstades.

Min erfaring er at kreftpasientar brukar håp som ein viktig del av det å meistre og leve med kreftsjukdom. Ein del av håpet er å setje seg mål. Måla kan vere kortsiktige i den grad at ein ønskjer å redusere eller bli kvitt kreftrelaterte symptom, eller langsiktige i den grad ein får oppleve barnebarn eller gjennoptta tidlegare interesser. Dette kan variere ut frå kreftpasienten sin bakgrunn og sjukdom. Alle har individuelle ønskjer og behov, og dermed er det viktig at sjukepleiaren klarar å sjå mennesket bak sjukdommen. Eg har opplevd kreftpasientar som brukar eit urealistisk håp for å verne seg mot skuffelse og nedturar, ved å håpe på at det skal dukke opp ei behandling sjølv om det ikkje er tenkeleg. Dette er ei form for emosjonsfokusert meistring der kreftpasienten kan fortrenge situasjonen. Dette kan gjere situasjonen betre for pasienten der og då, sjølv om ein ikkje kan endre situasjonen. Sjukepleiaren si formidlingsevne er sentral for om pasienten kjenne mismot eller håp (Nierop-van Baalen et al., 2016). Det er viktig at sjukepleiaren sin samtale med kreftpasienten får fram dei individuelle aspekta ved pasientens håp.

Positiv omformulering er erfart som positivt hjå kreftpasientar fordi dei kan få tankane vekk frå sjukdommen, og oppleve meir håp og optimisme (Asiedu et al., 2014). Aktiv deltaking er ein problemfokusert meistringsstrategi i den forstand at ein ønskjer å forandre situasjonen sin. Likevel kan positiv omformulering av tankar sjåast på som ein emosjonsfokusert meistringsstrategi fordi ein forsøker å styre følelsane sine i situasjonen.

5.4. Livsstilsending kan bidra til meistring

Mange kreftpasientar opplev stress og usikkerheit på grunn av kreftsjukdommen. Å ikkje vite korleis framtidsutsiktene ser ut, opplev fleire som vanskeleg. Livsstilsending kan ha positiv innverknad på kreftpasientane sine meistringsmoglegheiter (Mikkelsen et al 2015).

Sjukepleiaren har ei viktig rolle for å bidra til livsstilsendring, men pasienten må sjølv ta dei viktigaste grepa. Intervensjonar som gjer kreftpasienten i stand til å gjennomføre planlagde aktivitetar, kan bidra til at pasienten kjenner seg til nytte (Mikkelsen et al., 2015). Denne forma for empowerment flyttar makta frå sjukepleiar over på pasienten og føreset god samhandling og ein trygg relasjon (Tveiten, 2016, s. 30–32). Hjelp til livsstilsendring har vist seg å vere positivt for kreftrelaterte symptom, samstundes som fysisk aktivitet kan gi kreftpasientane betre sjølvkjensle og hjelp til å få tankane vekk frå sjukdommen. Tilrettelegging av ein sunnare livsstil kunne også styrke håpet til pasienten (Mikkelsen et al., 2015). For å få pasienten mest mogleg involvert, er det viktig at sjukepleiaren klarar å bevisstgjere pasienten på å ta kloke val ved å vere rådgjevande og støttande. Det at pasienten sjølv vert meir bevist på val av livsstil, kan i sin tur bidra til å auke pasienten sin følelse av kontroll. Dette er viktige faktorar for meistring i kvardagen med kreftsjukdom (Mikkelsen et al., 2015).

Ein viktig del av livsstilendringen er å setje seg mål for å ha noko å strekke seg etter. Samstundes kan måla opplevast som vanskelege og uoppnåelege. Då kan det å gjennomføre aktivitetar saman med andre vere ein motivasjon (Mikkelsen et al., 2015). Det er ikkje alltid like lett for sjukepleiaren å leggje til rette for aktivitetar i fellesskap, men ein kan henvise til foreiningar eller personar som har eller har hatt kreft. Kreftpasientar kan ha god effekt av å møte andre i same situasjon, og dele erfaringar om kva dei har vore igjennom. Å sjå at det har gått bra med andre kan gi håp og motivasjon (Mikkelsen et al., 2015). Kreftsjukdom fører til endringar i det normale livet, og kreftpasientar kan ha god nytte av ei foreining som kan bidra med råd og støtte om pasientrettigheier (Kreftforeningen, 2020). Denne støtta kan vere viktig for å kjenne kontroll og redusere stress. Samstundes er det igjen viktig at sjukepleiaren også er merksam på mennesket bak sjukdommen gjennom heile behandlingsforløpet. I studien til Mikkelsen et al., (2015) kom det fram at kreftpasientar kunne kjenne på skuffelse og dårlegare motivasjon dersom dei ikkje klarte å nå sine mål. Det er dermed viktig at sjukepleiar klarar å sjå den enkelte, og forstå at nokon dagar kan vere tyngre enn andre med ein alvorleg sjukdom. Når ein skal klare å få til ei varig endring er det desto viktigare med brukarmedverknad og gode koordinerte tenester. Det er difor viktig at fokuset er på kreftpasienten sine egne verdier og mål. Det kan i nokre høve føre til at ein må endre målsettingar eller meistringsstrategi.

5.5. One size doesnt fit all

Det finnast ikkje éin meistringsstrategi som passar til alle kreftpasientar. Kreftpasientar har ulike prognosar og livssituasjonar. Nokre er eldre, medan andre har små barn dei skal ta seg av. Men det er ikkje berre forskjellar i diagnose og livssituasjon. Kvar pasient har også egne personlege erfaringar som spelar inn på korleis dei vil takle behandlinga, og korleis dei meistrar sjukdommen (Reitan, 2017, s. 84). Sjukepleiaren må difor spørje pasienten «kva er viktig for deg?».

Eit interessant funn i arbeidet med denne oppgåva, var forskjellar mellom kjønn i høve meistring. Dette er høgst relevant for sjukepleiarar i arbeidet med kreftpasientar og for måten ein skal tilby støtte. Sjukepleiaren må vere meir bevisst på kjønnsforskjellar og korleis ein skal utøve psykososial omsorg. Korleis kreftpasientar framstår kan vere basert på personelege eigenskapar, sosiale- og kulturelle normer og stereotypiske normer frå samfunnet (Oppegaard et al., 2020). Desse faktorane kan ha innverknad på korleis ein taklar stressfylte situasjonar. Oppegaard et al., (2020) viste at menn hadde høgare bruk av humor og rusmiddel som meistringsstrategi. Rusmiddel har negativ innverknad på fysisk og emosjonell helse. Kvinner brukar meir positiv omformulering, åndeleg- og instrumental støtte, fornektning og ventilering av følelsar for å meistre sjukdommen sin (Oppegaard et al., 2020).

Min erfaring er at kvinner har lettare å uttrykkje seg enn det menn har. Eg oppleve at mange menn skal ha ein morosam kommentar i kommunikasjonen med sjukepleiaren. Humor vart av Oppegård et al., (2020) sett på som ein måte forholde seg positiv til meistring på, og for å bygge ein god relasjon med sjukepleiaren. Dette kan henge saman med dei stereotypiske kjønnsforskjellane som studien til Oppegaard et al., (2020) peikar på, fordi mange kvinner er vande med å ha kontroll og vere meir opne og problemfokuserte. Det er likevel viktig å understreke at dette ikkje nødvendigvis passar for alle kvinner og menn, og at meistringsstrategiane kan variere i desse gruppene.

For å finne fram til kva meistringsstrategi som passar den enkelte, er det sentralt at pasientane sjølve tek del i behandlinga. I seinare tid har ein gått meir vekk i frå tilnærminga om at «one size fits all» ved bruk av ulike livsstilsintervensjonar (Vassbakk-Brovold et al.,

2018). Tilnærminga om «one size fits all», baserer seg på ein tanke om at sjukepleiaren kan nytte dei same metodane med alle pasientar. Det sentrale i sjukepleie bør vere at individet står sterkt gjennom brukarmedverknad og aktiv deltaking. Eg opplev at pasientar som er godt informerte er meir aktive i eigen situasjon. Det viser seg også at behandlinga gjerne lukkast best der pasienten sjølv har fått moglegheit til å ta ei aktiv rolle, då dette kan gjere behandlinga meir brukarorientert (Mikkelsen et al., 2015).

6. Avslutning

Stadig fleire kreftpasientar overlev kreftsjukdommen, og mange har behov for psykososial støtte for å meistre utfordringane som sjukdommen medfører. Hensikta med oppgåva var å finne ut korleis sjukepleiaren kan bidra til at kreftpasienten meistrar kreftsjukdommen. Funn frå forskning viser at sjukepleiaren gjennom gode intervensjonar har ein sentral rolle med å bidra til at kreftpasientar meistrar kreftsjukdommen. Sjukepleiaren sin kommunikative kompetanse er sentral for at kreftpasienten skal forstå sjukdommen sin. Vidare er faktorar som empati og støtte viktig for å få ein god relasjon til pasienten slik at ein hjelpe dei til å kjenne på meistring.

Kombinasjonen av fleire intervensjonsmåtar har vist seg å ha god effekt på meistring hjå kreftsjuke, men det er viktig at sjukepleiaren ser individet bak sjukdommen og forstår at alle kreftpasientar har individuelle behov. På denne måten kan ein tilpasse intervensjonane og auke kreftpasienten sin forståing, noko som kan føre til at kreftpasienten er meir aktiv i eigen situasjon. Det er avgjerande for om ein skal lukkast med meistring.

7. Kjelder

- Asiedu, G. B., Eustace, R. W., Eton, D. T., & Radecki Breitkopf, C. (2014). Coping with colorectal cancer: A qualitative exploration with patients and their family members. *Family Practice, 31*(5), 598–606. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu040>
- Benner, P., & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom* (H. Steinicke, Overs.; 2. utg.). Munkgaard.
- Campbell-Enns, H. J., Woodgate, R. L., & Chochinov, H. M. (2017). Barriers to information provision regarding breast cancer and its treatment. *Supportive Care in Cancer, 25*(10), 3209–3216. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3730-8>
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (C. Hambro, Overs.; 3. utg.). Universitetsforlaget.
- Dahl, A. (2016). *Kreftsykdommer: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (O. Dalland, Red.; 6.utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2016, juni 3). *Kritisk vurdering—Sjekklistor*. www.helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Folkehelseinstituttet. (2020, desember 17). *Dødeligheten i Norge før koronapandemien*. www.folkehelseinstituttet.no. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/dodeligheten-i-norge-for-koronapandemien/>
- Helse Norge. (2020, oktober 23). *Hva er kreft?* www.helsenorge.no. <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/hva-er-kreft/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft—Nasjonal kreftstrategi*. https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf
- Heyn, L. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (E. K. Grov & I. M. Holter, Red.; 5.utg.). Cappelen Damm.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt—Ikke stykkevis og delt—Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (E. K. Grov & I. M. Holter, Red.; 5. utg.).
- Kreftforeningen. (2020). *Kreft i Norge*. www.kreftforeningen.no.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>
- Kreftregisteret. (2021, mars 18). *Nøkkeltall om kreft*. www.kreftregisteret.no.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Lode, K. (2016). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (A. K. Heggestad & U. Knutstad, Red.; 4. utg.). Cappelen Damm.
- Loge, J. H., & Ekeberg, Ø. (2018). *Kreftsykdommer—En basisbok for helsepersonell* (E. Schlichting & E. Wist, Red.; 5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2017). *Klinisk sykepleie: 2* (D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, Red.; 5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Mikkelsen, H. E. T., Brovold, K. V., Berntsen, S., Kersten, C., & Fegran, L. (2015). Palliative Cancer Patients' Experiences of Participating in a Lifestyle Intervention Study While Receiving Chemotherapy. *Cancer Nursing*, 38(6), E52–E58.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000235>
- Nakken, E. (2017). *Kreftsykepleie: Pasient—Utfordring—Handling* (A. M. Reitan & T. Schjøllberg, Red.; 4. utg.). Cappelen Damm.
- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Hope dies last ... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase. *European Journal of Cancer Care*, 25(4), 570–579.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12500>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. www.norsksykepleierforbund.no.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.
- Oppegaard, K., Dunn, L., Kober, K., Mackin, L., Hammer, M., Conley, Y., Levine, J., & Miaskowski, C. (2020). Gender Differences in the Use of Engagement and Disengagement Coping Strategies in Patients With Cancer Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 47(5), 586–594. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.586-594>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Reitan, A. M. (2017). *Kreftsykepleie: Pasient—Utfordring—Handling* (A. M. Reitan & T. Schjølberg, Red.; 4. utg.). Cappelen Damm.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker—Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte—Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Schjølberg, T. (2013). *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (U. Knutstad, Red.; 2. utg.). Cappelen Damm.
- St.meld.nr.47. (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling—På rett sted—Til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter—Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Tretli, S., & Larsen, I. K. (2018). *Kreftsykdommer—En basisbok for helsepersonell* (E. Schlichting & E. Wist, Red.; 5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2018). Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13–14), 2401–2419.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14762>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Utne, I. (2016). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (A. K. Heggstad & U. Knutstad, Red.; 4. utg.). Cappelen Damm.
- Utne, I. (2017). *Kreftsykepleie: Pasient—Utfordring—Handling* (A. M. Reitan & T. Schjølberg, Red.; 4. utg.). Cappelen Damm.
- Vassbakk-Brovold, K., Berntsen, S., Fegran, L., Lian, H., Mjåland, O., Mjåland, S., Nordin, K., Seiler, S., & Kersten, C. (2018). Lifestyle changes in cancer patients undergoing curative or palliative chemotherapy: Is it feasible? *Acta Oncologica*, 57(6), 831–838.
<https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1413247>

8. Vedlegg

Vedlegg 1- picoskjema

	Patient/Problem Kva for ein pasient/pasientgruppe?	Intervention Kva tiltak vil eg vurdere?	Outcome Kva utfall eg er interessert i?
Korleis byggje opp problemstillinga	Cancer patients Oncology patients People with Cancer / Neoplasm	Nurse/nursing- interventions Communication Hope Relations Lifestyle or Lifestyle change Gender differences	Coping Coping strategies

Vedlegg 2 – søkehistorikk

Søkenummera eks. S1 representerer søkeordet i tilhøyrande horisontale kolonne. Siste søkenummer i kvar tabell summerer opp alle treff ved å kombinere alle søkeorda ilag. Eg kjem ikkje til å begrunne val av artikkel nærmare enn det som er gjort under funn i oppgåva og i vedlegg 3.

Søk i Medline, Cinahl og Academic Search Elite:

Søkenummer	Søkeord	Resultat
S1	Cancer Patient or Oncology Patient	1 076 227
S2	Information	5 604 049
S3	Cope or coping or coping strategies	291 936
S4	Nurse intervention or Nurse care	305 070
S5	År: etter 2014	106 268
S6	S1+S2+S3+S4+S5	44

Etter dette søket stod eg att med 44 artikkel og etter å ha lese og vurdert desse stod eg att med to studiar: Tuominen et al., (2018) og Campbell-Enns et al., (2017).

Søk i Medline

Søkenummer	Søkeord	Resultat
S1	Cancer patient or Oncology patient	582 837

S2	Neoplasm or cancer	3 957 053
S3	Hope or meaning of hope	35 358
S4	År: etter 2014	7 258
S5	Adult	990
S6	S1+S2+S3+S4+S5	57

Etter dette søket stod eg att med 57 artiklar og etter å ha lese og vurdert desse stod eg att med ein studie: Nierop-van Baalen et al., (2018).

Søk i Medline, Cinahl og Academic Search Elite

Søkenummer	Søkeord	Resultat
S1	Cancer patients or Oncology patients	1 076 227
S2	Neoplasm	4 400 488
S3	Cope or coping or coping strategies	291 936
S4	Lifestyle	281 065
S5	År: etter 2014	145 007
S6	S1+S2+S3+S4+S5	69

Etter dette søket stod eg att med 69 artiklar og etter å ha lese og vurdert desse stod eg att med to studiar: Mikkelsen et al., (2015) og Asiedu et al., (2014).

Søk i Medline, Cinahl og Academic Search Elite

Søkenummer	Søkeord	Resultat
S1	Cancer patient or Oncology patient	1 143 847
S2	Cope or coping or coping strategies	283 438
S3	Gender differences	160 115
S4	S1+S2+S3	135
S5	År: etter 2014	28

Etter dette søket stod eg att med 28 artiklar og etter å ha lese og vurdert desse stod eg att med ein studie: Oppegaard et al., (2020).

Søk i Medline, Cinahl og Academic Search Elite

Søkenummer	Søkeord	Resultat
S1	Cancer patient or oncology patient	1 058 746
S2	Neoplasm	3 897 753
S3	Lifestyle or lifestyle change	34 535
S4	S1+S2+S3	536
S5	År: etter 2014	271
S6	Alder: 19+	70

Etter dette søket stod eg att med 70 artiklar og etter å ha lese og vurdert desse stod eg att med ein studie: Vassbakk-Brovold et al., (2018).

Vedlegg 3 – oversikt over valde studiar

Coping with colorectal cancer: a qualitative exploration with patients and their family members (2014) – (Asiedu, G., Rosemary, E., Eton, D. & Breitkopf, C.).

Mål: undersøkje korleis pasientar og deira pårørande meistrar kreftdiagnosen.

Metode: semistrukturerte intervju med 21 kreftpasientar som beskreib meistringserfaring.

Resultat: identifiserte åtte hovudtemaer for meistring.

Barriers to information provision regarding breast cancer and its treatment (2017) – (Campbell-Enns, H., Woodgate, R. & Chochinov, H.).

Mål: undersøkje barrierer for informasjonsformidling og oppleving av brukarmedverknad.

Metode: semistrukturerte intervju med 22 kreftpasientar.

Resultat: stort informasjonsbehov og intrapersonelle og mellommenneskelege kommunikasjonsutfordringar kan vere barrierer for informasjonsformidling.

Palliative Cancer Patients Experiences of Participating in a Lifestyle Intervention Study While Receiving Chemotherapy (2015) – (Mikkelsen, H., Brovold, K., Berntsen, S., Kersten, C. & Fegran, L.).

Mål: undersøkje korleis palliative kreftpasientar oppleve å delta i ein moglegheitsstudie med fokus på livsstilsintervensjonar.

Metode: kvalitative intervju med 9 kreftpasientar.

Resultat: tre hovudtemaer: sunnare livsstil, meir aktiv rolle og auke sjølvtilitt.

Livsstilsintervensjonar kan styrke meistringsevna. Viktig med individuell tilnærming.

Hope dies last ... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase (2016) – (Nierop-vaan Baalen, C., Grypdonck, M., Hecke, A. & Verhaeghe, S.).

Mål: undersøkje betydninga av håp for kreftpasientar i palliativ fase.

Metode: sekundærdata frå tidlegare studiar + 76 intervju.

Resultat: håp har fleire positive effektar og er viktig for meininga med livet.

Gender Differences in the Use og Engagement and Disengagement Coping Strategies in Patients With Cancer Receiving Chemotherapy (2020) – (Oppegaard, K., Dunn, L., Mackin, L., Hammer, M., Conley, Y., Levine, J. & Miaskowski, C.).

Mål: undersøkje forskjellar mellom kjønn og meistringsstrategiar mens ein mottar cellegift.

Metode: innsamling av data og analyse ved hjelp av The Brief-Cope scale.

Resultat: menn brukar humor og stoffmisbruk som meistringsstrategiar, mens kvinner brukar oftare positiv omformulering og instrumental støtte mm.

Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews (2018) – (Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H.).

Mål: undersøkje effekten av ulike sjukepleiarintervensjonar brukt hos kreftpasientar.

Metode: systematisk oversiktsartikkel med ni anmeldelser, med funn frå 112 studiar.

Resultat: intervensjonar var delt i fire kategoriar, men resultatet syner at intervensjonane var best dersom dei var fleirdimensjonale.

Lifestyle changes in cancer patients undergoing curative or palliative chemotherapy: is it feasible? (2018) – (Vassbakk-Brovold, K., Berntsen, S., Fegran, L., Lian, H., Mjåland, O., Mjåland, S., Nordin, K., Seiler, S. & Kersten, C.).

Mål: undersøkje moglegheiten for individualiser livsstilsintervensjon hjå palliative og kurative kreftpasientar.

Metode: intervju av 100 deltakarar og månadleg rådgjeving basert på eigenrapportering.

Resultat: gunstige og relevante livsstilsendingar vart observert hjå kreftpasientar som gjennomgjekk cellegift etter ein 12 månadars individualisert livsstilsintervensjon.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Hanne Marie Heggdal		

Deltaker

Kandidatnr.:	241
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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 autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei