



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKHB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling –
Bacheloroppgave

Vurderingsform: Prosjektoppgave

Kandidatnr: 3

Antall ord: 7762

Leveringsfrist: 09.10.14 kl. 14.00

**” Hvordan kan mestring fremmes hos kreftpasienter som gjennomgår
cytostatikabehandling?”**

Om jeg vil lykkes med å føre et menneske mot et bestemt mål,
må jeg først finne dette menneske der det er og begynne nettopp der.

Den som ikke kan det,
lurer seg selv når han tror at han kan hjelpe andre.

For å hjelpe noen må jeg forstå mer enn hva han gjør,
men først og fremst forstå det han forstår.

Dersom jeg ikke kan det,
hjelper det ikke at jeg kan og vet mer.

Vil jeg alltid vise hvor mye jeg kan,
kommer det av at jeg er forfengelig og hovmodig og egentlig vil bli beundret av den
andre,
i stedet for å hjelpe han.

All ekte hjelpsomhet begynner med ydmykhet overfor den jeg alltid vil hjelpe.
Dermed må jeg forstå at dette med å hjelpe den annen ikke er å ville herske,
Men å ville tjene.

Kan jeg ikke dette, så kan jeg heller ikke hjelpe noen.

Søren Kierkegaard.

Høgskolen Stord/Haugesund

Kull 2011

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge ser vi en økning i kreftdiagnoser. Dette vil føre til at flere blir behandlet med cytostatika, og dermed utsatte for bivirkningene kvalme og brekninger, fatigue og hårtap. En økning vil føre til at sykepleiere flest vil kunne møte på denne pasientgruppen. Både pasienten selv og sykepleier vil trenge kunnskaper om ulike mestringsstrategier, slik at man klarer å gjennomføre livsviktig behandling.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om hvordan pasienten selv kan mestre bivirkningene av cytostatika, og å se på hvilken rolle og betydning sykepleieren har i en slik situasjon.

Problemstilling: Hvordan kan mestring fremmes hos kreftpasienter som gjennomgår cytostatikabehandling?

Metode: Dette er en litteraturstudie, hvor jeg har tatt i bruk 8 ulike forskningsartikler og 3 fagartikler. De ulike forskningsartiklene og fagartiklene i oppgaven presenteres i resultatdelen og benyttes sammen med relevant faglitteratur for å belyse min problemstilling.

Funn: Studiens funn belyser de atferdsmessige mestringsstrategier som egenmestringshandlinger, acupressure, scalp cooling og ivaretagelse av den helsesrelaterte livskvaliteten som viktige punkter for å oppnå mestring. Funn viser også at kognitive mestringsstrategier som kunnskap, motivasjon og kontroll, spiller inn på evnen til å mestre. I tillegg viser funnene at sykepleierens rolle, som går på å skape en gjensidig relasjon med pasienten gjennom kommunikasjon, informasjon og tilstedeværelse er sentral i målet om å mestre.

Oppsummering: Bivirkningene av cytostatika påvirker pasientene både fysisk og psykisk. For pasienten vil det være av stor betydning at man finner ulike mestringsstrategier som bidrar til livskvalitet og med det økt følelse av mestring.

Summary

Background: In Norway, we see an increase in cancer diagnoses. This will lead to more people needing treatment with cytostatic, and thus prone to the side effects fatigue, hair loss, nausea and vomiting. An increase would cause most nurses to encounter in this patient group at work. Therefore both patient and nurse will need knowledge of different coping strategies, so that one is able to carry out vital treatment.

Purpose: The purpose of this study is to increase our knowledge of how patients can cope with the side effects of cytostatic, and the role and importance of nurse in such a situation.

Research question: How can coping mechanisms help cancer patients that go through cytostatic treatments?

Method: The thesis is structured as a literature review.

Findings:

The study findings illuminate behavioural coping strategies, as self-coping, scalp cooling and health-related quality of life as key points to achieve coping. Findings also show that a cognitive coping strategy as knowledge, motivation and control plays a major role on the ability to cope. In addition, the findings show that the nurse's role in creating a mutual relationship, to inform the patient, and to be present is a central goal in coping.

Conclusion: The side effects of cytostatic affect patients both physically and psychologically. For the patient, it will be of great importance that we find different coping strategies that contribute to quality of life and an increased sense of coping

Innholdsfortegnelse

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og avgrensning	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2.0 Teori	3
2.1. Hva er kreft	3
2.1.1 Behandling	4
2.1.2 Cytostatikabehandling	4
2.1.3 Fatigue	5
2.1.4 Hårtap – Alopecia	5
2.1.5 Kvalme og brekninger	5
2.1.6 Øvrige bivirkninger	6
2.2 Joyce Travelbee	6
2.3 Mestring	8
3.0 Metode	10
3.1 Begrepet metode	10
3.2 Litteraturstudie som metode	10
3.3 Litteratursøk	11
3.4 Kildekritikk	13
3.5 Forskningsetikk	13
4.0 Resultat	15
5.0 Drøfting	20
5.1 Atferdsmessige mestringsstrategier	20
5.1.1 Bruk av acupressure for å dempe kvalme og oppkast	20
5.1.2 Selvhjelpsstrategier	21
5.1.3 Scalp cooling for å minske hårtap.	23
5.2 Kognitive mestringsstrategier	26
5.2.1 Kunnskap som hjelp til mestring	26
5.2.2 Motivasjon til fysisk aktivitet	27
5.2.3 Strategi for å gjenvinne kontroll	28
7.0 Referanseliste:	32
<i>Tabell 1 Søkeprosessen</i>	

Tabell 2 Presentasjon av forskning og fagartikler

1.0 Innledning

I 2012 fikk 30 099 nordmenn en kreftdiagnose. Av disse var 13608 kvinner og 16491 menn, noe som viser at kreftpasienter utgjør en stor pasientgruppe i Norge. Alle aldergrupper blir rammet av kreft, men risikoen øker betraktelig med alderen, og de fleste nye tilfeller rammer personer over 50 år (Ursin, 2014).

Kreft og dens behandling rammer deg både fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt og mange vil som følge av dette kunne kjenne på følelsen av tap (Loge og Ekeberg, 2012, s.465). I tillegg vil cytostatikabehandling som ofte brukes ved behandling av kreft, ha svært negative bivirkninger. Disse bivirkningene vil fremstå som kvalme, brekninger, fatigue, hårtap, nedsatt immunforsvar, blødninger, blodtap og negative påvirkninger på munn, tenner og svelg (Knobloch, u.å.). Slike bivirkningene både kan, og vil være belastende for pasienten som går igjennom store forandringer i livet. Etersom antallet kreftsyke er antatt å øke med årene, vil sykepleiere komme opp i situasjoner hvor det vil være essensielt å ha kunnskap om hvordan pasienten kan mestre disse bivirkningene.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og avgrensning

I praksis har jeg møtt på pasienter som er rammet av kreft og som gjennomgår cytostatikabehandling. Dette setter både pasienten og sykepleieren i en vanskelig situasjon. Som student på hematologisk avdeling har jeg møtt pasienter med forskjellige måter å mestre sykdommen sin på. Å være rammet av kreft, og i tillegg få cytostatikabehandling med all dens negative bivirkninger, kan tære på pasienten både fysisk og psykisk. Noen vil trenge mye støtte og hjelp, mens andre trenger mindre. Jeg har gjennom praksis sett og erfart hvor vanskelig det kan være for sykepleiere og annet helsepersonell å gå inn i disse situasjonene. De mangler kunnskap og erfaring, noe som resulterer i at mange er usikre på hvordan de skal håndtere pasienten og hans situasjon. Ut i fra dette ønsker jeg å være en sykepleier som våger å trå inn i de ulike situasjonene på en kunnskapsrik og trygg måte. Det å kunne møte pasientens behov, ved å bidra til at han føler mestring i cytostatikabehandlingen, er en viktig del av kreftomsorgen og bør

prioriteres.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan mestring fremmes hos kreftpasienter som gjennomgår cytostatikabehandling?»

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Oppgaven avgrenses til å gjelde voksne pasienter med en kreftdiagnose og som gjennomgår kurativ eller palliativ cytostatikabehandling. Forskningsartikler og fagstoff som omhandler barn og unge blir derfor utelukket fra denne studien.

Det er nødvendig å nevne at sykepleier har en svært aktiv rolle i forhold til det eksistensielle ved cytostatikabehandling, men dette vil det ikke bli lagt hovedvekt på i denne oppgaven. Kreft er et vidt tema, hvor pasienten påvirkes både psykisk og fysisk. Jeg ønsker å se på det fysiske ved cytostatikabehandling og de forskjellige mestringsprosesser man kan bruke for å leve et godt nok liv og å kunne finne mening i den situasjon man befinner seg i. Jeg har derfor valgt å avgrense denne studien ved å legge vekt på begrepet mestring, og hvordan pasienten kan oppnå mestring i forhold til fatigue, hårtap, kvalme og oppkast i en behandlingsfase. Det vil også være fokus på hvordan sykepleieren kan bidra, og hvilken rolle de har i en slik situasjon.

2.0 Teori

Teorikapittelet består av tre deler; Kreft, Joyce Travelbee og mestring. Først definerer jeg hva kreft er, og hvilken behandling og bivirkninger dette medfører. Deretter tar jeg for meg Travelbee's sykepleieteori, hvor jeg vil se på hvordan hun definerer sykepleiens rolle. Til slutt vil jeg gå inn på mestring og se på Lazarus og Folkman sin mestringsstrategi.

2.1. Hva er kreft

Kreft er en samlebetegnelse på flere hundre forskjellige former for kreftsykdommer. Kreft kan oppstå i nesten alle vev i kroppen og i noen vev kan det også oppstå flere forskjellige krefttyper (Kristjansen, 2000, s.23). Normalt i kroppen foregår det hele tiden vekst og celledeling. Når kreft oppstår mister kroppen kontroll over celledelingen og cellene vokser ukontrollert og sprer seg. Cellene utfører ikke lenger de oppgavene de friske cellene normalt ville gjort. Det skjer en opphoping av kreftceller i det organet den ukontrollerte veksten startet i, og dermed dannes en kreftsvulst (Norsk helseinformatikk, 2014). En kreftsvulst er enten godartet eller ondartet. Godartede svulster vokser lokalt, relativt langsomt og ekspansivt. Ondartede kreftsvulster evner derimot å vokse inn i andre organer i kroppen og spres via både blodet og lymfesystemet. Dersom disse kreftcellene spres videre til andre organer kalles det for metastaser (Lorentsen og Grov, 2010, s. 402). Å fastslå hvorfor kreft oppstår kan man ikke si med sikkerhet, men det er en rekke faktorer som gjør oss predisponert. Både ytre og indre faktorer, eller en kombinasjon av disse, kan være årsaken til kreft. Stråling og andre fysiske påvirkninger, mikroorganismer og kjemiske stoffer er eksempler på ytre faktorer. Eksempler på indre faktorer er arvelige forhold, hormonell påvirkning og immunologiske forhold (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise, 2009, s. 24). Både personlig atferd, livsstil og miljøet er dermed av stor betydning.

2.1.1 Behandling

I behandling av kreft brukes operasjon, stråleterapi, cytostatika, hormonbehandling eller annen medikamentell behandling. Før man går i gang er det viktig å klargjøre hvilket mål man arbeider etter. Man kartlegger her diagnosenivå, stadium, eventuelt pasientens alder, allmenntilstand og tidligere gjennomført behandling (Nome, 2010, s. 386-387).

Behandling av kreft kan være enten kurativ eller palliativ. Kurativ vil si at det er mulig å oppnå helbredelse og gis enten alene eller sammen med stråleterapi og-/ eller kirurgi. Mens palliativ tar sikte på å være livsforlengende, lindrende, forebyggende av symptomer og forbedring av livskvalitet. Den er ofte intens og kan ha mange negative bivirkninger som tærer både fysisk og psykisk på den kreftsyke (Varre, 2010, s. 161).

2.1.2 Cytostatikabehandling

Cytostatikabehandling er en fellesbetegnelse på en gruppe medikamenter som enten hemmer eller dreper kreftcellene. Den angriper først og fremst celler som er i rask vekst hvor hovedmålet er å påføre kreftsvulsten skade ved å hemme celledeling. Behandlingen kan gis direkte inn i blodet intravenøst, i form av tabletter og kapsler eller lokalt ved at man setter en tynn plastslange med cellegift inn der svulsten er (Knobloch u.å., Jacobsen et.al, 2010, s. 31). Det finnes forskjellige typer cytostatika som ofte kombineres for å gjøre behandlingen mer effektiv ettersom de angriper kreftcellene på forskjellige måter. Videre gis den også ofte i kombinasjon med enten strålebehandling og/eller kirurgi. Kurene gis etter en plan i et bestemt tidsrom. Ofte fra noen uker til måneder (Lorentsen og Grov, 2010, s.402- 431). Cytostatikabehandling kan ha store bivirkninger for personen. Dette er individuelt og avhenger av hvilken type cytostatika du har. Bivirkningene skyldes at stoffene også påvirker normale celler fordi forskjellen på ondartede og normale celler er svært liten. Som nevnt ovenfor virker cytostatika best på celler som er i rask vekst og har en høy delingshastighet. Slike celler finner du ofte i beinmargen, slimhinnene, huden og hårfolliklene og det er her de største bivirkningene forekommer. (Lorentsen og Grov, 2010, s.402- 40).

2.1.3 Fatigue

Noen av bivirkningene som følger med cytostatikabehandling er fatigue, som kjennetegnes av tretthet, kraftløshet, konsentrasjonsvansker og mangel på energi. Fatigue er i følge Schjølberg (2010, s. 174) beskrevet som det mest stressende og plagsomme symptomet som kan ramme kreftpasienter. Mange med fatigue kjenner på følelsen av å ikke makte hverdagens aktiviteter. Man føler seg utmattet, uten evne til å gjøre noe med problemet. Hvile og søvn gir ikke nødvendigvis overskudd, og med det blir livskvaliteten, og evnen til egenomsorg og bedring betraktelig svekket (Schjølberg (2010, s. 174-181).

2.1.4 Hårtap – Alopecia

Når cellegiften angriper hårfolliklene vil all kroppshår kunne falle av, også kalt alopecia. Hårtap blir av mange sett på som den verste bivirkningen av cytostatikabehandling (Kristjansen, 2000, s. 69). Pasienten kan miste alt kroppshår, inklusivt håret på hodet, øyenbryn, øyevipper og kjønnsår. Tap av øyenbryn og øyevipper gir et endret utseende noe som kan virke negativt inn på kroppsbilde og selvbildet og gi en følelse av tap av kontroll. Håret begynner vanligvis å falle av etter et par uker, hvor gjenvekst ofte starter fra noen uker til et par måneder etter avsluttet behandling (Varre, 2010, s. 164). Lorentsen og Grov (2010, s. 407) hevder også at hårtap kan føles som en trussel ettersom et skallet hode er en stadig påminnelse om sykdommen.

2.1.5 Kvalme og brekninger

Kvalme og brekninger blir sett på som svært belastende. Man skiller mellom akutt kvalme, som oppstår innen de 24 første timene, eller sen kvalme som oppstår senere enn de 24 timene. Kvinner og pasienter under 50 er oftere plaget av kvalme enn menn og eldre pasienter. Kvalme og oppkast under behandling kan også føre til anoreksi, underernæring, væsketap og elektrolyttforstyrrelser, som videre kan gi psykisk og fysisk utmattelse. Å gjennomføre behandlingen kan derfor bli problematisk selv hvor

behandlingen ses på som kurativ (Lorentsen og Grov, 2010, s. 408).

2.1.6 Øvrige bivirkninger

Cytostatikabehandling kan også gi munnsårhet og munntørighet, noe som kan gjøre det vanskelig å svelge og fordøye maten. Det skyldes ofte redusert spyttmengde eller endringer i spytt sammensetningen. Dette kan også gi smaksforandringer og appetittløshet som kan føre til vekttap. Mange kreftpasienter er også plaget av diare og obstipasjon. Dette oppstår på grunn av at noen cytostatika kurer virker toksisk på tarmslimhinnene og det medfører økt peristaltikk. Andre kurer påvirker derimot det autonome nervesystemer og gir redusert peristaltikk. Etersom cellegiften virker toksisk på beinmargen kan det også oppstå beinmargsdepresjon. Dette ses ofte ved nøydropeni, som vil si lavt antall hvite blodceller. Ved nøydropeni øker faren for alvorlige infeksjoner (Varre, 2010, s. 162-167). Perifer nevropati er også en hyppig bivirkning av cytostatikabehandling. Skadene oppstår som en følge av behandling med toksiske stoffer som påvirker de perifere nervene som går til ekstremitetene, spesielt underekstremitetene. Symptomene varierer fra lette sensibilitetsutfall og parestesier, til nevropatiske smerte, uttalt ataksi og pareser. Dette ses ved for eksempel brennende smerter i hender og føtter, nummenhet i ekstremitetene, vanskeligheter med å kneppe knapper samt skrive og balanseproblemer. Noen får også symptomer som nedsatt kraft og lammelser, svimmelhet, vannlatingsforstyrrelser, ereksjonsproblemer og tarmproblemer (Comstedt, 2011, s.4-6).

2.2 Joyce Travelbee

Temaet mestring er et viktig punkt i bacheloroppgaven min. På bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke Joyce Travelbee's sykepleieteoretiske perspektiv. Denne sykepleieteorien er relevant for min oppgave ettersom teorien blant annet har fokus på hvordan sykepleier kan fremme mestring til sine pasienter. I følge Travelbee vil den profesjonelle sykepleieren være opptatt av både det fysiske, psykiske og den åndelige velferden til andre mennesker. De bryr seg om hva som skjer med dem og vil derfor utøve sykepleie til disse menneskene gjennom innsikt, kreativitet og fintfølelse (Travelbee, 1999, s.22).

Travelbee definerer sykepleie som følgende:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.29).

Travelbee mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess som skapes gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Med det menes at all sykepleie utøves direkte eller indirekte mellom mennesker. Sykepleierne må forholder seg til både syke og friske individer, samt deres familie og andre yrkesgrupper innenfor helsesektoren (Travelbee, 1999, s.30). Et menneske – til- menneske - forhold legger vekt på gjensidighet og skal være like viktig og meningsfullt for både sykepleieren og pasienten. Dersom pasientens nåværende tilstand gjennom sykdom og lidelse ikke er tilstrekkelig god nok skal sykepleieren trå inn i rollen som endringsagent. Dette gjøres gjennom interaksjoner med pasienten eller uten pasienten, hvor det samlede målet er å hjelpe til å forebygge og mestre de erfaringene som følger med sykdom og lidelse, eller til å opprettholde en best mulig helsetilstand. For den kreftsyke vil en slik mellommenneskelig prosess derfor være av stor betydning. Å vite at en har et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt menneske som genuint bryr seg, kan være første steg mot å oppnå mestring (Travelbee, 1999, s.30,35). Travelbee (1999, s.49,62) jobber også ut i fra en forståelse om at det ikke finnes «pasienter», og et menneske-til-menneske- forhold må ikke tas for å være et sykepleier-pasient-forhold. Disse såkalte «pasientene» er bare enkeltmennesker som er en plass i livet hvor de trenger omsorg og hjelp fra andre mennesker. Å opprette et menneske – til – menneske - forhold vil kunne bli problematisk og forstyrre interaksjoner dersom man låser fast personer i roller som sykepleier og pasient.

2.3 Mestring

Lazarus og Folkman (1984, s.141) definerer mestring som:

”Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing and/or exceeding the resources of the person”.

Denne definisjonen ser på mestring som stadig skiftende kognitive og atferdsmessige prosesser som brukes for å administrere både indre og ytre krav som overstiger en persons ressurser. Mestring kan ses på som en helsefremmende motvekt til medisinske sykdomsfokus. Dette kan gjøre at en lettere får fokus på mulighetene kontra begrensninger (Fjerstad, 2010, s.49). I en mestringsprosess prøver en å beherske og takle stressfylte situasjoner, påkjenninger, kriser eller sykdom som kan oppstå, slik at en klarer å leve videre på en så god måte som mulig (Lazarus og Folkman, 1984, s.141, Eide og Eide, 2010, s.166). Når man går i gjennom kreftbehandling oppstår mange endringer i livssituasjonen som kan være uventede og truende og pasienten kan ha problemer med å mestre situasjonen. For å mestre noe slikt vil det være av relevans å kunne flytte oppmerksomheten fra ” gammelt ” til ” nytt ” ved å lage nye forventninger og nye mål i livet (Vifladt og Hopen, 2004, s.61).

Lazarus og Folkman har utarbeidet en egen stressmestringsmodell som bygger på et fenomenologisk og kognitiv og transaksjonell forståelse av ulike situasjoner mennesket befinner seg i. Denne stressmestringsmodellen skiller mellom problemfokuset mestring og emosjonsfokuset mestring. Den problemfokuset mestringen er kjennetegnet ved at man fokuserer på å finne en løsning på et problem ved å endre tilgangen man har på ressurser. Dette kan blant annet gjøres gjennom å søke støtte og hjelp, endre rutiner og livsstil eller redusere ytre årsaker til stress. Slike tiltak kan også være rettet mot oss selv, som å senke egne ambisjoner, lære nye ferdigheter og å søke ny informasjon og kunnskap. Den emosjonsfokuset mestringen handler derimot om å endre følelsesmessige reaksjoner som oppstår hos en person som er i en krevende situasjon.

Hensikten er her å gjøre de smertefulle følelsene som stress har brakt frem lettere. Den emosjonsfokuserte mestringen endrer ikke en situasjon, men den endrer betydningen av den. Unngåelse og distansering av informasjon og situasjon er ofte brukte strategier her, og mange bruker blant annet fysisk aktivitet eller alkoholen som virkemiddel. I det lange forløp er dette en mindre gunstig metode å bruke, men i starten av en ny påkjenning kan det være nyttig å distansere seg fra situasjonen frem til man makter å gjøre noe med selve problemet (Renolen, 2008, s.150-159).

3.0 Metode

I denne delen vil jeg først redegjøre for hva metode er, for så å fremheve de ulike metodene jeg har brukt i utforming av denne litteraturstudien.

3.1 Begrepet metode

Metode kan ses på som et redskap vi bruker når vi ønsker å undersøke noe. Det skal hjelpe oss til å samle inn den informasjon vi trenger for å kunne utføre vår undersøkelse. Metode defineres av Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2000, s.71) som:

» En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Metode forteller oss noe om hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. For å velge en bestemt metode bør man begrunne med at det vil gi gode data og belyse våre spørsmål på en faglig måte (Dalland, 2010, s.83). Dalland skriver videre at vi skiller mellom kvantitativ og kvalitative metoder. Kvantitativ metode sikter på å forme informasjonen til målbare enheter som gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner. De kvalitative metodene sikter på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. De tar begge sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2010, s.84).

3.2 Litteraturstudie som metode

Når man velger å ta i bruk litteraturstudie som metode ønsker man ofte å finne informasjon, avdekke og forstå noe i faget som man mener bør forbedres. Her velger en ut andre sine studier som er relevante for det aktuelle temaet og analyserer og beskriver dem (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s.23). For å kunne utføre en god systematisk

litteraturstudie forutsetter det at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som gjør at man kan få gode vurderinger og konklusjoner. En litteraturstudie skal blant annet inneholde innsamlingsmetode, bakgrunn og formål, samt en problemstilling, der litteraturen i studien er informasjonskilden. Den innebærer et systematisk søk, kritisk gransking og en sammensetting av litteraturen innen et valgt emne eller problemområde (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s.30). En fordel med en litteraturstudie er at du kan tilegne deg mye informasjon og data om et emne på kort tid. Derfor er dette en brukervennlig metode å bruke når man skriver bacheloroppgave som man er svært tidsbegrenset på. En ulempe med en litterær studie er at en bare har tilgang til et begrenset antall relevant forskning. I tillegg kan forfatteren både ubevisst og bevisst velge data som støtter hans egne synspunkter og personlige meninger, noe som kan gi svært selektiv data (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s.26).

3.3 Litteratursøk

I prosessen av å finne gode og relevante bøker til denne litteraturstudien har jeg brukt biblioteket på høyskolen. Jeg søkte her etter litteratur som tok for seg temaet kreftbehandling, bivirkninger og mestring. Når jeg skulle finne relevante forskningsartikler til litteraturstudien min valgte jeg å ta i bruk høyskolens databaser. Databasene jeg har søkt i er CINAHL, Cochrane og Proquest, hvor jeg valgte ut artikler fra databasen CINAHL og Proquest. Jeg valgte disse databasene på bakgrunn av tidligere erfaring. I tillegg til å finne mange relevante forskningsartikler har jeg også funnet fagartikler. Jeg har valgt å bruke fagartikler i tillegg til forskningsartikler ettersom jeg ønsker å finne mest mulig relevant fagstoff om mestring til de ulike bivirkningene. Søkeordene jeg brukte gav flere treff, men mange var av mindre relevans til min oppgave. Nedenfor i tabell 1 presenterer jeg søkeprosessen min.

Tabell 1: Søkeprosessen forskningsartikler og fagartikler

Søkebase	Søkeord	Forfatter	År	Treff
Cinahl	Acupressure, p6, Nausea	Dibble, Chapman, Mack & Shih	2000	31
Cinahl	Coping, Alopecia, Quality of life	Schmidt, Fischer, Chren, Strauss, Elsner	2001	7
Cinahl	Exercise programe, cancer treatment, fatigue	Andersen, Adamsen, Moeller, Midtgaard, Quist, Tveteraas & Rorth	2006	11
Proquest	Chemotherapy, Hair loss, Anticipating Appearance	Frith, Harcours & Fussel	2007	251
Cinahl	Cytostatics, alopecia	Van den Hurk, Mols, Vingerhoets & Breed	2009	1
Cinahl	Cancer treatment, nurses role, knowledge	Kvåle og Bondevik	2010	108
Cinahl	Acupressure, Nausea and vomitting, Nurse	Suh	2012	5
Proquest	Fatigue, Cancer patients, Self care strategies, radiation therapy	Erickson, Spurlock, Kramer & Davis	2013	3803
Fagartikler				
Cinahl	Nausea and Vomiting, P6	Ezzo, Streitberger & Schneider	2006	27
Cinahl	Managing, Nausea and Vomiting, Chemotherapy	Middleton & Lennan	2011	42

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Dette betyr at man vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes, for å se om de har relevans og gyldighet ovenfor problemstillingen. Gjennom kildekritikk skal man enklere kunne redegjøre for litteraturen som man velger å bruke i oppgaven og overbevise om at kildene er tilstrekkelig til å svare på problemstillingen. (Dalland, 2012, s. 67,73).

Jeg har i mitt søk etter relevant litteratur tatt utgangspunkt i de ulike bivirkningene fatigue, hårtap, kvalme og oppkast. Jeg har også sett på studier som omhandler pasienter som er under cytostatikabehandling og ulike mestringsstrategier. Dette er gjort for å finne relevant data som kan brukes til å svare på problemstillingen. I tillegg til å se på de mer tradisjonelle mestringsstrategiene har jeg også et ønske om å se på ulike mestringsstrategier som kan ses på som alternative som for eksempel scalp cooling og acupressure, noe som har ført til at jeg har måttet bruke et bredt utvalg av fag og forskningslitteratur. Ved bruk av sjekklister fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008), har jeg forsøkt å vurdere de artiklene og studiene jeg har valgt å bruke så godt det lar seg gjøre. Dette har jeg gjort for å kunne kvalitetssikre de ulike studiene jeg har benyttet meg av.

Tre av artiklene jeg har brukt er fra 2000, 2001 og 2003. I følge Dalland (2012, s. 72) bør studiene ikke være eldre enn 10 år dersom de skal være gyldige. Allikevel har jeg vurdert at funnene i disse artiklene fortsatt er aktuelle og derfor valgt å bruke dem i min litteraturstudie.

3.5 Forskningsetikk

I følge Dalland (2012, s.96) handler etikk om normene for riktig og god livsførsel. Etikken er til for å veilede oss og gi oss ett grunnlag for vurdering før vi handler. Forskningsetikk handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Dersom man ønsker å skrive en god og etisk riktig litteraturstudie er personvern og

kildetroverdighet av stor betydning. Forsberg og Wengström (2013, s.69) legger også vekt på riktig kildehenvisning og alvorligheten av fusk og plagiat/plagiering. Kildene jeg bruker skal i gjennom oppgaven basere seg på pensumlitteratur og fag/forskningslitteratur som er aktuelt for mitt tema. I oppgaven skal jeg være nøye på å hen vise i teksten hvor jeg har funnet de forskjellige kildene. Dette gjør jeg for å unngå plagiat og fusk, og slik at den som leser skal kunne finne dataen på en rask og enkel måte. Forskningen som brukes bør også være godkjent av forskningsetisk komite (Dalland, 2012, s.98).

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven skal jeg presentere forskningsartiklene og fagartiklene som er anvendt, og som brukes i drøftingsdelen for å belyse eller bekrefte svar på problemstillingen. Fagartiklene vil presenteres nederst i tabellen. Ettersom jeg har valgt å se på mestring av bivirkningene fatigue, hårtap, kvalme og oppkast, har jeg måttet bruke mer enn 4 artikler i arbeid med denne litteraturstudien. Disse vil jeg presentere i tabellen nedenfor. Videre vil jeg gå nærmere inn på 4 artikler som hver for seg er svært relevante i min litteraturstudie.

Tabell 2: Presentasjon av forskning og fagartikler.

Forfatter	Tittel	Utvalg	Metode	Funn - Konklusjon
Schmidt, Fischer, Chren, Strauss & Elsner, (2001).	Strategies of coping and quality of life in women with alopecia	50 kvinnelige pasienter, diagnostisert med alopecia.	Kvantitativ studie. Pasienter ble evaluert ved bruk av "Hairdex", og mestringsintervju.	Pasienter med synlig hårtap rapporterte en mer negativ holdning i forhold til funksjon, følelser, selvtillit og stigmatisering, enn de pasientene som ikke hadde et synlig hårtap.
Andersen, Adamsen, Moeller, Midtgaard, Quist, Tvetraas & Rorth, (2006).	The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy – The use of semi-structured diaries.	54 Pasienter mellom 18-65 år, diagnostisert med kreft i minst en måned.	Kvantitativ studie. Pasientenes med kreft relaterte bivirkninger ble veiledet i ulike treningsintervensjoner, og vurdert i en periode på 6 uker. Pasientene førte også daglig dagbok som ble analysert.	En multidimensjonal treningsintervensjon som varer over 6 uker kan føre til en viss reduksjon i symptomer av bivirkningen fatigue.
Kvåle & Bondevik, (2010).	Patients perceptions of the importance of nurses knowledge about cancer and its treatment for	20 pasienter, hvor de fleste mottok livsforlengen de og symptom	Kvalitativ studie som tok i bruk dybdeintervjuer med pasientene.	Pasientene følte seg tryggere på de sykepleierne som hadde kunnskaper, og evnet å kommunisere til dem på en god og

	quality nursing care	lindrende behandling, hvor 4 hadde mulighet for å bli kurert.		forståelig måte.
Van den Hurk, Mols, Vingerhoets & Breed, (2010).	Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients.	226 brystkreftpasienter som ble behandlet ved bruk av scalp cooling.	Kvantitativ studie. En prospektiv multisenter studie utført på 13 sykehus. Spørreskjema ble brukt før cytostatikabehandling, tre uker etterpå og seks måneder etterpå.	Scalp cooling var effektivt i 52% av tilfellene. De pasientene som gjennomgikk en vellykket behandling med scalp cooling følte økt mestring og velvære. Mislykket behandling med scalp cooling førte til redusert velvære.
Suh, (2012).	The effects of p6 acupressure and nurse provided counseling on chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer.	120 kvinner i begynnelsen av andre runde med cytostatikabehandling, og som hadde mer enn et mildt nivå av kvalme og oppkast fra deres første cytostatikabehandling	Kvantitativ studie. Deltagere ble randomisert delt inn i 4 grupper. ”Rhode index of nausea” ble brukt for å måle kvalme og oppkast.	P6 akupunktur sammen med veiledning fra sykepleier viser seg å være betydelig mer effektiv enn tiltak som står alene.
Frith, Harcourt & Fussel, (2007).	Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer.	19 kvinner mellom 35-68 år som undergikk kreftbehandling ved bruk av kjemoterapi.	Kvalitativ studie, hvor pasientene ble personlig intervjuet.	Å forberede seg til et hårtap, ved å evaluere og forutse tanker og følelser, vil kvinner kunne mestre et hårtap ved bruk av kontroll.

Erickson, Spurlock, Kramer og Davis, (2013).	Self-Care strategies to relieve fatigue in patients receiving radiation therapy	Voksne over 18 år som mottok kreftbehandling. 18 kvinner og 11 menn.	Kvalitativ studie hvor pasientene ble personlig intervjuet.	Over halvparten av deltagerne i studien rapporterte noe bedring i fatigue, uavhengig av hvilken intervensjon de brukte. Videre ble det rapportert at de opplevde det som lettere å mestre den subjektive følelsen fatigue gjennom erfaring, øving og feiling.
Dibble, Chapman, Mack, & Shih, (2000).	Acupressure for Nausea: Results of a pilot study.	17 kvinner, med gjennomsnittsalder 49,5 år.	Kvalitativ studie. Intervensjon ved bruk av finger acupressure bilateralt på p6 og ST36, acupressure punkter lokalisert på overarmen og ved kneet. Data ble samlet ved bruk av daglig loggføring og tidligere spørsmål	Studien viser vesentlige forskjeller blant kontrollgruppen og eksperiment (acupressure) gruppen. Funnene viser at pasientene i acupressure gruppen rapporterte en lavere kvalmeintensitet enn pasientene i kontroll gruppen.
Fagartikler				
Ezzo, Streitberger & Schneider, (2006).	Cochrane systematic reviews examine p6 acupuncture-point stimulation for nausea and vomiting.	Bruk av eksisterende studier og artikler som omhandler emnene postoperativ sykdom og kvalme og oppkast grunnet cytostatika	Oppsummering og bruk av systematiske anmeldelser for bruk av p6 stimulering for lindring av kvalme og oppkast.	Funn viser at p6 stimulering gir lavere kvalmeintensitet, men har ingen effekt på forsinket kvalme og oppkast.

		eller graviditet		
Middleton & Lennan, (2011).	Effectively managing chemotherapy-induced nausea and vomiting.	Bruk av eksisterende studier og artikler som omhandler cytostatika induert kvalme og oppkast, sykepleierens rolle og mestring.	Fagartikkel som tar for seg bivirkninger av cytostatika og sykepleierens rolle. Analysering av eksisterende studier og artikler.	Sykepleier har et ansvar gjennom å motivere pasientene til selvmestringsstrategier. De har også et ansvar for å sikre at behandling av kvalme og oppkast er optimal.

Suh 2012.

Dette er en kvantitativ studie som har til hensikt å evaluere effekten av perikardium 6 (p6) acupressure samt veiledning fra sykepleier som behandling av cytostatika induert kvalme og oppkast. Utvalget bestod av 120 kvinner fordelt på fire grupper. De fire gruppene var: kontroll (placebo på SI3), veiledning, P6 acupressure og P6 acupressure og veiledning. Kvinnene hadde alle gått gjennom deres andre runde med cytostatikabehandling og var plaget med mer enn et mildt nivå av kvalme og oppkast. Metoden som ble brukt var ” Rhodes Index of Nausea, vomiting, and Retching for acute (day 1) and delayed (day 2 to day 5) CINV”, og går ut på å måle graden av kvalme og oppkast. Resultatene viser at p6 acupressure kombinert med veiledning fra sykepleier er effektiv i å redusere cytostatika induert kvalme og oppkast.

Van den Hurk, Mols, Vingerhoets og Breed, 2009.

Dette er en prospektiv multisenterstudie som har til hensikt å se på hvordan scalp cooling påvirker pasienten og deres følelse av angstelse og velvære. 13 forskjellige sykehus med 226 pasienter deltok i studien. De svarte på spørreskjema før og etter behandlingen med cytostatika. Studien var godkjent av medisinsk etisk komité. Resultatene viste at scalp cooling var effektivt i 52% av tilfellene. Vellykket bruk av scalp cooling bidro til bedre velvære og økt mestringsfølelse. Dersom behandlingen var mislykket, viste resultatene at

pasientene ble mer negative til videre kreftbehandling og fikk en lavere følelse av velvære enn de pasientene som ikke gjennomgikk scalp cooling i det hele tatt.

Andersen, Adamsen, Moeller, Midtgaard, Quist, Tvetraas & Rorth, 2006.

Dette er en kvantitativ forskningsartikkel hvor hensikten var å se på effekten av en seks ukers treningsintervensjon ved bruk av fysisk aktivitet, avslapping, kropps bevissthet og massasje. Studien ble utført av 54 pasienter som var under cytostatikabehandling. Studien var prospektiv og utforskende, og godkjent av forskningsetisk komité. Pasientene førte daglig dagbok hvor de førte inn symptomer og bivirkninger, som ble analysert av forskerne. I tillegg satt de en score på symptomene og bivirkningene i en skala fra 0-4, ved bruk av ”common toxicity criteria”. Resultatene viser at et seks uker multidimensjonalt treningsintervensjon kan føre til en reduksjon i behandlings relaterte bivirkninger, som for eksempel fatigue.

Kvåle & Bondevik 2010.

Dette er en kvalitativ studie som har til hensikt å se på hvordan og hvorfor pasientenes syn på sykepleierens kunnskap om kreft og kreftbehandling, relateres til kvaliteten på behandlingen sykepleieren gir. Studien ble utført i en onkologisk avdeling. 20 pasienter, hvorav 10 kvinner og 10 menn deltok. Pasientene var under livsforlengende og symptom lindrende behandling. Fire av pasientene hadde mulighet for kurativ behandling. Det ble gitt godkjenning fra den Regional Komite for forskningsetikk og fra direktøren på onkologisk avdeling. Dybdeintervjuer ble tatt opp på bånd, skrevet ned og analysert for innhenting av data. Resultatene viste at pasienter satte pris på å møte sykepleiere som hadde erfaring, ferdigheter og kunnskap innenfor klinisk og biologisk sykepleie, samt et menneskelig håndlag i sin utførelse.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte funn opp mot teorien som er redegjort for. Jeg skal gjennom oppgaven svare på problemstillingen: ”*Hvordan kan mestring fremmes hos kreftpasienter som gjennomgår cytostatikabehandling*”. Jeg har valgt å dele drøftingsdelen inn i to hoveddeler; Atferdsmessige prosesser og kognitive prosesser. Under disse begrepene vil jeg se på ulike mestringsstrategier innenfor kvalme, oppkast, fatigue og hårtap. De ulike mestringsstrategiene vil noe ganger kunne passe inn under både kognitive og atferdsmessige prosesser, og jeg har derfor måttet gjøre et valg i utforming av oppgave. Lazarus og Folkman (1984, s.141) bruker begrepene ”kognitiv” og ”atferd” i sin definisjon på hva mestring er:

“Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing and/or exceeding the resources of the person”.

5.1 Atferdsmessige mestringsstrategier

I punkt 5.1.1, 5.1.2 og 5.1.3 skal jeg ta for meg ulike atferdsmessige mestringsstrategier som kan brukes i mestring av kvalme, oppkast, fatigue og hårtap.

5.1.1 Bruk av acupressure for å dempe kvalme og oppkast

Bruk av p6 acupressure er en spennende og omdiskutert intervensjon i kvalmebehandling. Punktet finner man på fremsiden av armen, tre fingerbredders avstand fra håndleddet. Ved å utøve press på dette punktet vil kroppen rebalanseres og kvalmefølelsen skal kunne lette. Studien til Dibble, Chapman og Mack (2000) viser vesentlige forskjeller blant kontrollgruppen og eksperiment (acupressure) gruppen. Funnene viser at pasientene i acupressure gruppen rapporterte en lavere kvalmeintensitet enn pasientene i kontroll gruppen. Ezzo, Streitberger og Schneider (2006) utdyper dette med å si at p6 acupressure gir lavere kvalmeintensitet, men resultatene i deres studie viser også at acupressure ikke

hadde noen effekt på forsinket kvalme eller oppkast. Hvorfor det ikke har effekt på forsinket kvalme eller oppkast er vanskelig å forklare, men man kan sette spørsmål ved om den emosjonsfokuserte mestringen blir forsømt dersom man bare har fokus på den fysiske virkningen. Dette belyses av Suh (2012) som i sin studie ser på viktigheten av å ha sykepleier i bildet. Istedenfor å bare behandle ved bruk av fysiske tiltak, legger Suh (2012) vekt på viktigheten av det psykiske og kognitive perspektivet i behandling av cytostatika induisert kvalme og oppkast. Resultater i studien viser at punktstimulering av p6 sammen med veiledning fra sykepleier er betraktelig mer effektivt enn tiltak som bare tar for seg enten veiledning eller p6 stimulering. Ved bruk av kognitiv bevissthet, affektiv beredskap, akseptering av symptomer og bruk av tilgjengelige ressurser, ble pasientene veiledet i kognitiv atferdsterapi samtidig med p6 stimulering. Som Lazarus og Folkman presiserer vil mestring rette seg mot både kognitive, affektive og atferdsmessige prosesser (Renolen, 2008, s.149). Ved å bare måle ut det ene kan man ende opp med et ujevnt mestringsresultat.

Studien til Suh (2012) forteller oss noe om hvor viktig pasientenes holdninger og tanker om behandling er. Dersom man har liten tro på effekten av acupressure behandling, kan man stille spørsmålsteget ved effekten. Jeg har også erfart at mange kreftsykepleiere i nærområdet har liten erfaring med slik behandling, og så langt jeg vet er dette tiltaket mindre utbredt i Norge. For sykepleier, vil det kunne være vanskelig å anbefale en eventuell acupressure behandling til egne pasienter, dersom dette er et ukjent tema som får lite støtte fra andre kollegaer. Basert på studiene kan vi med stor tiltro anbefale denne tilleggsbehandlingen som kvalmestillende intervensjon.

5.1.2 Selvhjelpsstrategier

Erickson, Spurlock, Kramer og Davis's (2013) funn viser at bruk av selvhjelpsstrategier og egenmestring hadde en liten effekt på pasientenes opplevelse av fatigue. Derimot rapporterte pasientene at uavhengig av hvilken strategi de brukte, følte de at de klarte å mestre sin fatigue på en bedre måte enn tidligere. Selvhjelpsstrategier som ble brukt i studien var hvile og søvn, redusert aktivitetsnivå, stimulerende substanser som for

eksempel kaffe, næringsriktig mat og drikke, støtte fra venner og familie og ”mind and body” øvelser, som for eksempel pilates. Det bemerkes også i studien at hvile og søvn er den strategien flest pasienter bruker. Dette står i motsetning til hva Schjølberg (2010, s.182) sier om at hvile og søvn kan ha en negativ effekt og dermed forsterke følelsen av fatigue. Slike selvhjelpsstrategier vil kunne ses på som både problemorienterte og emosjonsfokuserte. Når man endrer på søvn og hvilemønster, ønsker vi å endre rutiner og livsstil, samt reduserer ytre årsaker til stress. Dette er en problemorientert mestring. Derimot kan selvhjelp ved bruk av ”mind and body” øvelser også kunne ses på som en emosjonsfokuseret mestringsstrategi, ettersom man søker etter å endre de følelsesmessige reaksjonene som oppstår ved fatigue eller ved å distansere seg til dem.

Bruk av selvhjelpsstrategier støttes også av Schjølberg (2010, s. 181), men her anbefales også bruk av mentale aktiviteter som kan gjør tankene opptatt med andre ting enn konsekvensen av fatigue, og kan for en periode lette tunge og vanskelige tanker. Dette kan ses på som mestringsstrategier pasienten selv kan gjennomføre. Andre mestringsstrategier pasienten selv kan gjennomføre er ifølge Schjølberg (2010, s.183) å skrive dagbok. Å skrive dagbok kan ses på som et atferds verktøy hvor man kognitivt søker endring. I dagboken registreres informasjon som får frem hvordan symptomene opptrer, når de opptrer, hvor lenge de varer, hvordan de påvirker de daglige gjøremål og hva som påvirker tilstanden. Slik kan en få oversikt over hvilke aktiviteter som er positive og hvilke aktiviteter som er negative (Schjølberg, 2010, s.183). For mange vil det å føre dagbok være en nyttig strategi. Dette har vi sett i nyere tid hvor mange skriver blogg, noe som kan ses på som en offentlig dagbok. Her lufter mange tanker og følelser og får med det støtte og trøst. De får muligheten til å bli sett og hørt, noe som kan forsterke motivasjonsfaktoren. For andre vil forpliktelsen og den energien som blir lagt i å skrive og lufter tanker offentlig eller privat være en stor forpliktelse og resultere i økende stressfaktor og med det manglende mestringsfølelse.

Sykepleieteorien til Travelbee har som nevnt fokus på hvordan sykepleieren kan fremme mestring til sine pasienter. Sykepleierens rolle i mestring av fatigue går blant annet på å hjelpe pasienten i å administrere de tiltak han må gjennom. Her må sykepleier bistå med å

finne og iverksette tiltak for å redusere de negative virkningene fatigue har på livskvaliteten (Schjøberg, 2010, s.180). Sykepleieren står i en enestående posisjon til å formidle informasjon samt gi opplæring om kreft, fatigue og behandling. Dersom pasienten mottar nok informasjon og opplæring, kan han på et tidlig stadiet lære seg å se fatigue som en normal del av behandlingen. Mange pasienter rapporterer at fatigue er verre enn andre bivirkninger som oppstår i forbindelse med kreftbehandling, ettersom man må overlate mange oppgaver man tidligere har utført uten problemer til andre. Dersom pasienten vet at denne tilstanden er vanlig blant kreftpasienter, vil opplevelsen gjerne kunne virke mindre skremmende. Derimot rapporterer mange pasienter at den informasjonen som blir gitt angående fatigue er overfladisk, og når opplevelsen av fatigue vedvarer lengre enn antatt, vil pasienten kunne trekke konklusjon om at sykdommen er under forverring (Schjøberg, 2010, s. 181). En slik konklusjon kan føre til at pasienten blir demotivert til videre behandling. Dette viser oss også viktigheten av å ha en sykepleier som har kunnskap, erfaring og mestrer å skape en relasjon til pasienten.

5.1.3 Scalp cooling for å minske hårtap.

Scalp cooling vil kunne ses på som en emosjonsfokusert mestringsstrategi sett ut i fra Lazarus og Folkman. Dette ettersom man bruker scalp cooling for å endre en følelsesmessig reaksjon som oppstår ved alopecia. Derimot kan man også knytte dette opp mot den problemfokuserede mestringsstrategien. I Fjerstad (2010, s. 51) fremkommer det at en reduksjon av ytre årsaker til stress, som å forebygge alopecia, er en problemfokuseret strategi.

I de senere år har det vært gjort en del forsøk på å forebygge hårtap ved bruk av scalp cooling. I Van den Hurk et al. (2010) sin studie, viser funn at vellykket bruk av scalp cooling bedrer "health- related quality of life", det vil si den helserelevante livskvaliteten. Den helserelevante livskvaliteten har videre stor betydning for pasientens mestringsfølelse ettersom den tar for seg både fysiske, mentale og sosiale forhold (Ribu, 2010, s.49). De mest brukte metodene ved scalp cooling er å enten bruke en "cold cap" som fylles med avkjølende gel eller et nedkjølt kjølesystem som pumper flytende kjølemiddel. Det

ønskelige resultatet ved bruk av slik behandling er å beholde håret. Mange mener derimot at det har liten effekt, og at det er fare for mangelfull effekt av cellegiften på det området som nedkjøles (Kvåle, 2002, s.57) Forskningen viser gjentatte ganger at bruk av en slik metode kan gi varierende resultater (Ankersen, 2000, s.239). Noen vil ikke merke forandring, andre kan bli tynnere i håret og noen kan på tross av scalp cooling, miste alt håret. Dette ser vi også i studien til Van den Hurk et al. (2012) hvor scalp cooling hadde en suksessrate på 50%. Funnene viser videre at de pasientene som gjennomgikk scalp cooling, men likevel mistet håret, fikk en betydelig dårligere helse relatert livskvalitet. Den helse relaterte livskvaliteten ble såpass redusert, at de fikk en dårligere score enn de pasientene som hadde mistet håret uten å ha prøvd scalp cooling. Å miste håret vil kunne ses på som truende og kan gi eksistensielle bekymringer for pasienten ettersom det er en såpass stor del av mange personers identitet. Mislykket scalp cooling vil derfor kunne være ekstra belastende for pasienten. Man kan derfor stille spørsmåltegn ved hva som er mest gunstig. Behandle scalp cooling og håpe på et positivt resultat, eller unngå scalp cooling og mestre håravfall ved bruk andre metoder? Slik jeg ser det er det viktig å informere om risikoene ved scalp cooling. Ut i fra denne informasjonene bør det være opp til hver enkelte pasient om han ønsker å gjennomføre behandlingen. En god sykepleier har gode kunnskaper om bivirkninger og fordelene ved de ulike behandlingsintervensjonene. Sykepleier skal, med bakgrunn i sine kunnskaper, opplyse pasienten på en slik måte at han fatter å ta et vel gjennomtenkt valg. En utfordring kan her oppstå ettersom scalp cooling ikke utføres på alle sykehus. Dette kan skyldes høye kostnader, delvis for lite forskning og for vage resultater. For helsepersonell kan det være vanskelig å anbefale behandlingsmetoder man ikke har god nok kjennskap til.

Funn i Katsimbri, Bamias og Pavlidis (2000) sin forskning viser at et forventet hårtap er mulig å forutse til en viss grad ettersom håravfallet blant annet er doseavhengig. En viktig sykepleier rolle er derfor å kjenne til hvilke medikamenter som gir store, mindre eller nesten ingen hårtap. Ved bruk av et eget scalp cooling system, ved å evaluere hvilke type cytostatika som ble gitt og ved å se på den varierende suksessraten som oppsto, klarte de å gjennomføre en scalp cooling studie med en suksessrate på 81%. Dette viser oss at resultatet henger mye sammen med hvilken type cytostatika, og hvilken mengde

som blir gitt. Ved utgangspunkt i dette kan man muligens klare å unngå mislykket scalp cooling. Viktigheten av scalp cooling, for å opprettholde helse relatert livskvalitet, ser vi ved den store emosjonelle nøden et menneske som opplever hårtap lider. Et endret kroppsbilde vil kunne føre til redusert livskvalitet (Schjølberg, 2010, s.131-139). Man våkner en dag og oppdager at kroppen ikke lenger underbygger ens personlighet og selvfølelse, noe som kan være dramatisk for pasienten.

En negativ og redusert livskvalitet kan i følge Schmidt, Fischer, Chren, Strauss og Elsner (2000), sin studie ikke skyldes graden av hårtapet. Dette motsier tidligere funn presentert ovenfor. Livskvaliteten er nemlig ikke bare avhengig av hvilken grad av alopecia du har, men også av individuelle personlighets trekk. Noe som kan relateres til personlige mestringsmønstre eller psykologiske forstyrrelser.

5.2 Kognitive mestringsstrategier

Nedenfor i punkt 5.2.1, 5.2.2 og 5.2.3 skal jeg ta for meg kognitive mestringsstrategier som kan brukes i målet om å mestre kvalme, oppkast, fatigue og hårtap.

5.2.1 Kunnskap som hjelp til mestring

Kunnskap bidrar til mestring. Både pasientens selvhjelpsstrategier og sykepleierens kunnskapsnivå er her av stor betydning. Dette fremkommer i fagartikkelen til Middleton og Lennan (2011) som sier at selvhjelpsstrategier kan forbedre de fysiske bivirkningene som oppstår med cytostatika. I denne sammenheng kvalme og brekninger. I tillegg vil det også føre til bedre emosjonell støtte og fremme av den personlige identiteten.

Kvalmestillende medikamenter har i de senere år blitt bedre og bedre og har redusert pasientens plager med kvalme og brekninger betydelig. For å kunne identifisere virkningen av medikamentene og hvilke rytme som fungerer best for hver enkelte pasient, er pasientundervisning svært viktig. Cellegiften og dens bivirkninger kan nemlig oppleves individuelt for hver enkelte pasient. Likevel belyser Kvåle (2002, s.55) at det kan være nødvendig å supplere med ikke farmakologiske tiltak for å redusere disse plagene eller for å mestre dem. Mat og drikke blir ofte et problem da lukten av varm mat kan fremkalle kvalme og brekninger. Sykepleier kan her bidra med å informere pasienten om å spise små måltider ofte. I tillegg kan det være nyttig at andre enn pasienten står for matlagingen. Dette slik at pasienten ikke skal miste matlysten under tilberedning, og av den grunn ikke orke å spise den ferdiglagde maten. Ettersom mange også utvikler en kvalmebetenget reaksjon på den maten de spiser under behandling av cytostatika, kan det være anbefalt å unngå favorittmaten i akkurat denne perioden (Kvåle, 2002, s.55).

Middleton og Lennan (2011) belyser også om viktigheten av å ta forhåndsregler angående matsituasjoner. Å spise kald mat som trenger lite tilberedning er rapportert å være en gunstig metode. Kald mat lukter ofte mindre, og vil derfor ikke stimulere kvalmesentrene i hjernen på samme måten som varm mat. Andre selvhjelpsstrategier som sykepleier kan anbefale, er avslapningsteknikker som å lytte til avslappende musikk eller visualisering.

Sykepleiers rolle i selvmestring av kvalme og oppkast kan også være verdt å nevne. Funnene i studien til Kvåle og Bondevik (2010) viser at mange pasienter så på kunnskap om kreft og dens behandling som grunnleggende i sykepleie, og tok det for gitt at sykepleierne hadde denne kompetansen. Pasientene følte seg tryggere på de sykepleierne som viste gode tekniske kunnskaper og som kommuniserte riktig og viktig informasjon. At sykepleier visste hva hun gjorde, førte også til mindre lidelser for pasienten. Dette medførte at pasienten følte seg bedre ivaretatt og at det var lettere å skape en gjensidig relasjon. Travelbee (1999, s.22) sier at sykepleier skal være kreativ i utøvelsen av sykepleie og opptre som endringsagent dersom den nåværende tilstanden ikke er tilstrekkelig god nok. For å gjennomføre dette er det ikke bare viktig å ha gode kunnskaper, det er også viktig å skape et gjensidig forhold mellom pasient og sykepleier. Å være kreativ, samt å kunne skape et genuint forhold, innebærer å utfordre seg selv i å våge å gå det ekstra steget i å møte pasienten. Noe som kan være en skummel opplevelse for mange. Men for å kunne skape et menneske- til – menneske forhold, blir man nødt til å gi av seg selv. Av egne erfaringer har jeg sett at denne prosessen er noe av det vanskeligste i å utøve tilfredsstillende sykepleie. Å gå inn i en situasjon man ikke er sikker på, samt gi av seg selv, er noe noen sykepleiere ofte unngår. Det er vanskelig å vite hva man skal si eller gjøre når man ser andre lider. Man ønsker gjerne å hjelpe, men dersom man ikke føler seg trygg trekker man seg ofte bort fra situasjonen. Derimot er dette svært uheldig da tillit og tilgjengelighet er et av de viktigste sykepleietiltakene til pasienter som mottar cytostatika og sliter med kvalme og oppkast (Varre, 2010, s. 163).

5.2.2 Motivasjon til fysisk aktivitet

Andersen et al. (2006) prøver gjennom sin studie å undersøke hvilken effekt et seks ukers veiledet og strukturert intervensjonsprogram, bestående av høy intensitet og lavintensitets trening, har på cytostatika induisert fatigue. Funnene viser at nivået av fatigue forbedret seg, men ikke tilstrekkelig med tanke på den øvrige befolkningen. For mange vil det å bli diagnostisert med kreft og gjennomføre kreftbehandling, føre til inaktivitet. Inaktivitet fører videre til at man mister muskler og styrke. Alt man skal foreta seg blir med ett svært vanskelig. Et multidimensjonalt treningsprogram bestående av alt fra styrketrening til

kroppsbevissthet og massasje, skal kunne øke den fysiske funksjonen, muskel styrken og den generelle følelsen av velvære. Som Heggen (2008, s.64) sier, handler begrepet mestring om mange prosesser, både fysiske og psykiske prosesser hvor det samlede målet retter seg mot å øke en persons mestringsfølelse. I følge Andersen et al. (2006) vil fokus på økt fysisk aktivitet være et av grunnelementene her. Schjølberg (2010, s. 182) konkluderer også med at moderat fysisk aktivitet skal kunne øke energinivået. Derimot hevder hun at utholdenhetstrening alene er mest gunstig i en prosess med fokus på mestring av fatigue. Istedenfor høy intensitets trening, påstås det at kreftpasienter flest opplever redusert opplevelse av fatigue og høyere mestringsfølelse ved bruk av lette aerobe treningsprogrammer. Man må endre livsstilen slik at man får inn faste rutiner for trening.

Å være i aktivitet vil for mange være en utfordring, selv når en ikke er kreftsyk og tynget av fatigue. Man kan derfor forestille seg at det vil være vanskelig å opprettholde den fysiske kapasitet når en er under behandling med cytostatika. Et positivt resultat er derfor avhengig av tett og hyppig oppfølging, hvor mangel på dette mest sannsynlig vil resultere i en økende stressopplevelse og forverring av mestring. Det kan være svært demotiverende når en oppdager at man fortsatt sliter med en viss fatigue, og at all den innsats man har lagt inn i diverse treningsprogram ikke gir optimal effekt. Å klare den følelsesmessige prosessen som følger med mestring, å flytte oppmerksomheten fra ”gammelt” til ”nytt” ved å lage nye forventninger og nye mål, kan derfor by på utfordringer (Vifladt og Hopen, 2004, s.63).

5.2.3 Strategi for å gjenvinne kontroll

Begrepet kontroll går ofte igjen når vi ser på hårtap. En måte å gjenvinne kontroll på, gjennom forutseende mestring, kan være å ta fysiske grep rundt hårtapet. I Frith, Harcours og Fussel (2007) kommer det frem at mange av pasientene konkluderte med at å barbere av håret før det begynte å falle av ville være gunstig. Istedenfor å gå rundt å være usikker på når de ville miste håret, tok de saken i egne hender. Andre pasienter klipper håret kort, slik at den drastiske forandring i utseende vil bli mindre og med det

forberede og teste ut hvordan andre reagerer på det endrede utseende. Dette gjør pasienten i stand til å bestemme selv, når og hvor det ville skje. Det kan være viktig å kjenne på denne følelsen, ettersom store deler av kreftsykdommen er langt utenfor pasientens kontroll. I en prosess hvor pasientene er i posisjon til å ta kontroll over eget hårtap vil de også lettere kunne håndtere de emosjonelle reaksjonene.

I studien til Frith et al. (2007) viser funnene at kvinner er aktive i å forutse hårtap og til å vedta en rekke ulike strategier for å administrere deres hårtap, selv før det har oppstått. I studien ble fire sentrale elementer gjenkjent i en mestringsprosess: forutse hårtap, komme til enighet med det uunngåelige i hårtap, bli klar, og ta kontroll over situasjonen. En slik prosess kan ses på som en kognitiv emosjonsfokustert mestring. Man handler etter å endre de følelsesmessige reaksjonene som vil oppstå grunnet det uunngåelige hårtapet (Renolen, 2008, s. 150-159). Derimot kan man også trekke inn den kognitive problemfokustert mestringsprosess, da den problemfokusterte mestringsprosess ifølge Lazarus og Folkman blant annet handler om å redusere ytre årsaker til stress ved å forebygge en stress reaksjon utløst av hårtap. Å forebygge en kraftig stress reaksjon er akkurat hva dette handler om, og vil kunne forebygge tap av kontroll. Pasientene opplever ofte et stort tap av kontroll når de blir diagnostisert med kreft. De har ingen kontroll over kreften eller bivirkningene av behandlingen. Hårtapet kan derfor bli sett på som en vond opplevelse. Derimot kan de gjennom å forutse hvordan hårtap vil påvirke dem og ved å godta at hårtap er uunngåelig, ta kontroll over situasjonen. De kan på denne måten lære seg å mestre opplevelsen som følger. Slik kontroll over følelser har vist seg å være assosiert til suksessfull mestring (Frith et.al, 2007).

Å ta kontroll over det endrede utseende ved å ta fysisk grep, ses også av Ankersen (2000, s. 239). Men i motsetning til Frith et al. (2007) poengterer Ankersen (2000, s.239), viktigheten av sykepleierens tilstedeværelse i denne situasjonen. Sykepleier spiller en stor rolle i å samtale, trygge og yte informasjon til pasienten. Dette støtter også Travelbee (1999, s.22) som sier at den profesjonelle sykepleieren skal være opptatt av det fysiske, psykiske og den åndelige velferden i prosessen mot å fremme mestring. Derimot kommer det frem i Frith et al. (2007) at mange av pasientene føler at helsepersonellet

underestimerer hvor stort problem hårtap faktisk er for den enkelte og hvor stor innvirkning det har på hverdagen deres. Man kan spekulere i om sykepleiere forsømmer sine "plikter" grunnet over disponering og derfor en normalisering av å se pasienter uten hår. De kan med dette glemme hvor individuelt vondt og personlig det kan være for pasienten å miste håret.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne litteraturstudien var å øke kunnskapen om hvordan man kan mestre bivirkningene som oppstår grunnet cytostatika. I oppgaven har jeg sett på ulike intervensjoner pasienten selv kan gjennomføre for å mestre, og hvilken rolle sykepleier har i en slik situasjon. Gjennom arbeid med denne oppgaven, har jeg sett at det er flere faktorer som er viktige når målet er å fremme mestring. Et begrep som går igjen i de fleste studiene som omhandler mestring av kvalme, oppkast, fatigue og hårtap, er ”den helserelaterte livskvaliteten”. For å oppnå mestring vil det derfor være viktig å fokusere på dette i en mestringsintervensjon.

Atferdsmessige mestringsstrategier som acupressure, selvhjelpsstrategier og scalp cooling ser ut til å øke mestringsfølelsen. Ett funn som går igjen i de fleste studiene, er at de fysiske mestringsiltakene fungerer best i kombinasjon med gjensidig kommunikasjon og støtte fra sykepleier. De kognitive mestringsstrategiene, viser oss hvor viktig kunnskap, motivasjon og opplevelsen av kontroll er. Funnene viser at økt kunnskap og kontroll førte til bedre mestring av bivirkningene. Fysisk aktivitet handler om å endre livsstilen og få inn faste rutiner. Ved bruk av lette aerobe treningsprogrammer kan man lette opplevelsen av fatigue og høyne mestringsfølelsen.

Videre i litteraturstudien, kommer det også frem at Travelbee sin måte å tenke på er helt sentral i utførelsen av å gi informasjon og for å skape trygghet. Travelbee påpeker at sykepleier skal hjelpe med å administrere de tiltak pasienten må gjennom. Dette skal sykepleier gjøre gjennom informasjon og opplæring, noe som belyses i denne oppgaven. Kunnskap og erfaringsnivået til sykepleier er også avgjørende for hvilken grad pasienten klarer å mestre en situasjon.

7.0 Referanseliste:

- Andersen, C., Adamsen, L., Moeller, T., Midtgaard, 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.
- Ankersen, L., (2000). Hårtab. I L, Ankersen., C, Busch., B, A, Esbensen., H, Gamborg., H, Henriksen., B, Høj., ... L, Specht. (red). *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme*. (1. Utg. s. 239-240). København: Nyt Nordisk Forlag
- Comstedt, C. M. (2011). *Cytostatika induisert perifer nevropati*. Hentet 26.08.14 fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/29555/Prosjekt-Comstedt.pdf?sequence=2>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Dibble, S., Chapman, J., Mack, K., & Shih, A. (2000). Acupressure for nausea: results of a pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 27(1), 41-47.
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling, konfliktløsning, etikk*. (4.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Erickson, J. M., Spurlock, L., Kramer, J., & Davis, M. (2013). Self-Care Strategies to Relieve Fatigue in Patients Receiving Radiation Therapy. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 17(3), 319-324. doi:10.1188/13.CJON.319-324
- Ezzo, J., Streitberger, K., & Schneider, A. (2006). Cochrane systematic reviews examine p6 acupuncture-point stimulation for nausea and vomiting. *Journal Of Alternative & Complementary Medicine*, 12(5), 489-495. doi:10.1089/acm.2006.12.489

- Fjerstad, E. (2010) *Frisk og kronisk syk: Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo; Gyldendal
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Frith, H., Harcourt, D., & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 11(5), 385-391.
- Heggen, K., (2007). Rammer for meistring. I T.J. Ekeland & K, Heggen., (red). *Meistring og myndiggjøring*. (1. Utg. s. 64-82). Oslo: Gyldendal
- Jacobsen, D. Kjeldsen, S. E. Baard, I. Buanes, T. & Røise, O. (2010). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. utg). Oslo: Gyldendal
- Katsimbras, P, Bamias, A & Pavlidis, N. (2000). *Prevention of chemotherapy-induced alopecia using an effective scalp cooling system*. DOI: 10.1016/S0959-8049(00)00012-5
- Knobloch, M. B.(u.å.). *Cellegift*. Hentet 23.august fra; <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/>
- Kristjansen, P. (2000). Medicinsk kræftbehandling. I L, Ankersen., C, Busch., B, A, Esbensen., H, Gamborg., H, Henriksen., B, Høj., ... L, Specht, (red). *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme*. (1. Utg. S. 60 - 78). København; Nyt Nordisk Forlag

- Kristjansen, P. (2010). Karakteristiske forhold ved kreftsygdomme. I L, Ankersen, C, Busch, B, A, Esbensen, H, Gamborg, H, Henriksen, B, Høj, ... L, Specht, (red). *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme* (1. Utg. S.23-48). København: Nyt Nordisk Forlag
- Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo; Gyldendal
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442. doi:10.1188/10.ONF.436-442
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Loge, J.H. & Ekeberg, Ø. (2012). Psykiske og psykiatriske aspekter ved kreftsykdommen I R. Kåresen. & E. Wist. (Red)., *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell*. (4. Utg. S.463-475). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. Almås, H. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red). *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s.402-431). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Middleton, J., & Lennan, E. (2011). Effectively managing chemotherapy-induced nausea and vomiting. *British Journal Of Nursing*, (Suppl), S7-s15.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008) Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet 25.08.14 fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>

- Norme, O. (2010). Generell onkologi. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red).
Kreftsykepleie; Pasient - utfordringer - handling. (3. Utg. S. 367 -397). Oslo:
Akribe
- Norsk Helseinformatikk (2014). *Kreft*. Hentet 23.august 2014 fra;
<http://nhi.no/sykdommer/kreft/kroppen-var/kreft-1808.html?page=all>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen:
Fagbokforlaget.
- Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I A,M,. Reitan og T, Kr., Schjøberg. (red). *Kreftsykepleie:
Pasient – utfordring – handling.* (3. Utg. S.48-59). Oslo: Akribe
- Schjøberg, T. Kr., (2010). Endret kroppsbilde. I A,M,. Reitan og T. Kr., Schjøberg.
(red). *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling.* (3. utg. s. 131-140). Oslo:
Akribe
- Schjøberg, T. Kr., (2010). Fatigue. I A,M,. Reitan og T, Kr., Schjøberg. (red).
Kreftsykepleie: Pasient – utfordring- handling. (3.utg. s.174-184). Oslo: Akribe
- Schmidt, S. Fischer, T.W, Chren, M.M, Strauss, B.M & Elsner, P, (2000). Strategies of
coping and quality of life in women with alopecia. *British Journal of
Dermatology* 2001; 144: 1038±104
- 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

- Schjølberg, T. Kr. (2010). Fatigue. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red).
Kreftsykepleie; Pasient - utfordringer - handling. (3. Utg. S. 174-184). Oslo:
Akribe
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal
akademiske
- Ursin, G. (2014, 23. august). *30 099 nordmenn fikk kreft i 2012*. Hentet fra;
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/-30-099-tilfeller-av-kreft-i-2012/>
- van den Hurk, C.,J.G., Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., & Breed, W. P. M. (2010).
Impact of alopecia and scalp cooling on the well - being of breast cancer patients.
Psycho - Oncology, 19(7), 701. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/527966165?accountid=287>
- Varre, P (2010). Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. I A.M. Reitan & T. Kr.
Schjølberg. (Red). *Kreftsykepleie; Pasient – utfordringer – handling*. (3. Utg. S.
161-172). Oslo: Akribe
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk; Samhandling om læring og
mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter

