

MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i samhandling innan helse- og sosialtenester

«Då fekk eg tenkt litt annleis...»

- ein kvalitativ studie av kva erfaringar unge, vaksne kreftoverlevarar har gjort seg ved bruk av kognitiv terapi i eit rehabiliteringsprogram

av

Linda Merethe Viken

Mai 2015



MASTER I SAMHANDLING INNAN HELSE- OG SOSIALTENESTER

MASTEROPPGÅVE (45 studiepoeng)

SEMESTER:

Våren 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Linda Merethe Viken

RETTELEIAR/AR: Maj- Britt Råholm og May Aasebø Hauken

TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVA:

«Då fekk eg tenkt litt annleis...»

- Ein kvalitativ studie av kva erfaringar unge, vaksne kreftoverlevarar har gjort seg ved bruk av kognitiv terapi i eit rehabiliteringsprogram

« Then I began to think a little differently...»

- A qualitative studie of young adult cancer survivors experiences of using cognitive behavioral therapy in a rehabilitationprogram

EMNEORD:

Unge vaksne, kreftoverlevarar, kognitiv terapi, kreftrehabilitering, kvalitativ metode

TAL ORD/SIDER: 18042 ord /48 nummererte sider

Sande, 18.mai 2015

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:
Samhandling innan helse- og sosialtenester

Tittel:

«Då fekk eg tenkt litt annleis...»
- Ein kvalitativ studie av kva erfaringar unge, vaksne kreftoverlevandarar har gjort seg ved bruk av kognitiv terapi i eit rehabiliteringsprogram

Engelsk tittel:

«Then I began to think a little differently...»
- A qualitative studie of young adult cancer survivors experiences of using cognitive behavioral therapy in a rehabilitationprogram

Forfattar:

Linda Merethe Viken

Emnekode og emnenamn:

MS1-307

Masteroppgåve i samhandling innan helse- og sosialtenester

Kandidatnummer: 1

<p>Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket:</p> <p>Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage.</p> <p>Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.</p> <p>Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.</p> <p>JA: x Nei__</p>	<p>Dato for innlevering:</p> <p>18.mai 2015</p>
<p>Eventuell prosjektilknytning ved HiSF</p>	<p>Emneord:</p> <p>Unge vaksne, kreftoverlevarar, kognitiv terapi, kreftrehabilitering, kvalitativ metode</p>

Samandrag:

«Då fekk eg tenkt litt annleis..»

Over 30 000 nordmenn fekk kreft i 2013, og på verdsbasis er 2-4 % av årlege krefttilfeller unge, vaksne (18-35 år). Ung, vaksne kreftoverlevarar har vist seg å ha auka risiko for ulike seineffektar som vil kunne påverke overlevelse, helse, livskvalitet og deltaking på lang sikt. Rehabilitering har ikkje vore ein integrert del av kreftbehandlinga i Noreg. På bakgrunn av dokumenterte behov hjå unge vaksne kreftoverlevarar vart det gjennomført eit rehabiliteringsprogram, «KaNo» ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS. Aktuelle studie er ein delstudie av «KaNo»-prosjektet og hadde som hensikt å utforske dei erfaringane unge vaksne kreftoverlevarar gjorde seg, knytta til opplæring og bruk av kognitiv terapi i rehabilitering etter endt kreftbehandling.

Problemstilling: «Kva erfaringar har unge, vaksne kreftoverlevarar gjort seg ved bruk av kognitiv terapi i eit rehabiliteringsprogram?»

Gjennom ei kvalitativ tilnærming, ved analyse av djupneintervju av 17 deltakarar, viste resultatata at deltakarane hadde erfart kognitiv terapi som nyttig i rehabiliteringsprosessen. Resultata viser 2 hovudtema relatert til problemstillinga, nemleg «kognitiv terapi som reiskap» og «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi». Under kvart hovudtema kom det fram tre underbyggjande tema. «Kognitiv terapi som reiskap» vart utdjupa med punkta «opplæring», «oppfølging» og «internalisering». «Nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi» vart presisert via «endra tankemønster», «innsikt og akspekt» og «handtere ny livssituasjon».

Konklusjonen viser at fleirtalet av deltakarane gav til kjenne at dei opplevde at å lære og å bruke KT gav eit reiskap og nye moglegheiter for handtering av sin nye, endra livssituasjon. For å nytte KT som reiskap, uttrykte deltakarane at opplæring og øving med praktiske dømer var viktig. Desse erfaringane kom til uttrykk ved at bevisstgjerjing og forståing av samanhengen mellom tankar, følelsar, adferd og kroppslege reaksjonar, gjorde det mogleg for deltakarane å sjå alternative og meir hensiktsmessige løysingar på aktuelle utfordringar. Ved å tilby unge vaksne kreftoverlevarar opplæring i bruk av kognitiv terapi i rehabiliteringsprosessen, kjem ein i møte veldokumenterte psykososiale behov etter kreftsjukdom- og behandling. Vidare forskning på feltet er anbefalt.

Nøkkelord: kreftoverlevarar, kognitiv terapi, kreftrehabilitering, kvalitativ metode

Abstract:

“Then I began to think a little differently..”

More than 30 000 Norwegians was diagnosed with cancer in 2013. Worldwide 2-4 % of new cancerpatients are young adults (18-35 years). Young adult cancer survivors have an increased risk of various late- effects that may influence survival, health, quality of life and participation in the long term. In Norway, cancer rehabilitation has not been an integrated part of cancer treatment and recent studies have highlighted a research gap in the area of survivorship for young adult cancer survivors. This was the background for «KaNo», a rehabilitationprogram at Red Cross Haugland Rehabilitationcenter AS, which this study is a part of. The aim of this studie was to examin young adult cancer survivors experiences related to learning and using cognitive behavioral therapy during rehabilitation after concertreatment.

Research question: «What experiences do young adult cancer survivors have in using cognitive behavioral therapy during a rehabilitationprogram?»

By using a qualitative method design and analyzing 17 indepth interview, the results showed that the participants experienced that learning cognitive therapy was useful in their rehabilitationprocess. The results are presented as two main themes; «Cognitive behavioral therapy as a tool» and «Benefits by using cognitive behavioral therapy». These main themes was elaborated by three subtopics. «Cognitive behavioral therapy as a tool» was elaborated by «education», «follow up» and «internalization». The other maintheme «Benefits by using cognitive behavioral therapy» was clarified by «changed mindset», «insight and acceptance» and «handling new life-circumstances».

The conclusion shows that the majority of the participants experienced that learning and using cognitive therapy gave them new opportunites in handling their new, changed life- circumstanes. However, using cognitive behavioral therapy was a process dependent of education and training. These experiences was described by increased awareness and understanding of the reationship between thoughts, feelings, behavior og bodily reactions. This understanding made it possible for the participants to be aware of alternative and more appropriate solutions to current challenges. By offering young adult cancer survivors education and training in using cognitive behavioral therapy through the rehabilitationprocess, the well documented psykosocial needs following cancer og concertreatment will be met. Further research is recommended.

Keyword: cancer survivor, cognitive behavioral therapy, cancer rehabilitation, qualitative method

Innholdsliste

Forord	
Samandrag	
Abstract	
1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet	1
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
1.3 Sentrale omgrep og avgrensingar	2
2.0 Unge, vaksne kreftoverlevarar- det unike	4
2.1 Ein sårbar fase i livet.....	4
2.2 Kreft i ung vaksen alder	5
2.3 Seineffektar etter behandling	6
2.3.1 Fysiske seineffektar	6
2.3.2 Psykososiale seineffektar	7
3.0 Tidlegare forskning på kreftrehabilitering.....	8
3.1 Viktige intervensjonar i kreftrehabilitering	9
3.1.1 Fysiske intervensjonar	9
3.1.2 Psykososiale intervensjonar	9
3.2 Kognitiv terapi i kreftrehabilitering	10
4.0 Teoretisk rammeverk	12
4.1 Kognitiv terapi	12
5.0 Metode	15
5.1 Psykoedukasjon	16
5.2 Design	17
5.3 Utval	18
5.4 Datainnsamling.....	19
5.5 Analyse	19
5.6 Etske vurderingar.....	20
6.0 Resultat.....	21
6.1 «Kognitiv terapi som reiskap»	21
6.1.1 «Opplæring».....	22
6.1.2 «Oppfølging»	24

6.1.3 «Internalisering»	25
6.2 «Nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi».....	27
6.2.1 «Endra tankemønster».....	27
6.2.2 «Innsikt og aksept».....	29
6.2.3 «Handtere ny livssituasjon»	31
7.0 Diskusjon	34
7.1 «Kognitiv terapi som reiskap».....	35
7.2 «Nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi».....	37
7.3 Metodologiske refleksjonar.....	42
8.0 Konklusjon	46
8.1 Implikasjonar	47

Referansar

Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD

Vedlegg 2: Søknad om førehandsgodkjenning frå REK

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: 5-kolonner skjema

Vedlegg 6: STC analyseprosess

Forord

Denne prosessen med masteroppgåva har vore krevjande, men samstundes veldig spennande og interessant. Når eg no er ved «vegs ende», ser eg tilbake på prosessen som lærerik og fagleg givande. Denne moglegheita til å fordjupe seg i eige fagfelt har gitt inspirasjon og auka interesse for å jobbe vidare med denne pasientgruppa, og tida vil vise om det blir meir forskning også.

Eg har hatt mange støttespelarar i denne perioden, og er svært takksam for denne moglegheita til å fordjupe meg i mitt interessefelt. Min flotte arbeidsplass Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS og mine gode kollegaer, er viktig inspirasjon kvar einaste dag, og eg vil rette alle ein stor takk! Arbeidsgjevaren min, som har vist velvilje i høve til å legge til rett for studiane mine, fortentar også ein stor takk. Eg er svært takknemleg for at deltakarane i studien har gitt så mykje av seg sjølv, og ikkje minst var det ei stor glede og viktig inspirasjon å få vere ein sentral del av KaNo- prosjektet. May Aa. Hauken (vegleiia), har vore ein fantastisk ressurs og støtte i heile prosessen, frå gjennomføringa av KaNo- prosjektet til vegleiing i skriveprosessen min. Utan May hadde dette prosjektet vore vanskeleg å gjennomføre. Eg vil også få takke Maj- Britt Råholm (vegleiia) for kyndig vegleiing. Men viktigast av alt, eg vil rette ein stor takk til mine næraste, born og sambuar, som har latt meg bruke tid og ressursar på dette prosjektet. Eg hadde aldri klart dette utan dykk!

Sande, mai 2015

Linda Merethe Viken

Samandrag

Over 30 000 nordmenn fekk kreft i 2013, og på verdsbasis er 2-4 % av årlege krefttilfeller unge, vaksne (18-35 år). Ung, vaksne kreftoverlevarar har vist seg å ha auka risiko for ulike seineffektar som vil kunne påverke overlevelse, helse, livskvalitet og deltaking på lang sikt. Rehabilitering har ikkje vore ein integrert del av kreftbehandlinga i Noreg. På bakgrunn av dokumenterte behov hjå unge vaksne kreftoverlevarar vart det gjennomført eit rehabiliteringsprogram, «KaNo» ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS. Aktuelle studie er ein delstudie av «KaNo»- prosjektet og hadde som hensikt å utforske dei erfaringane unge vaksne kreftoverlevarar gjorde seg, knytta til opplæring og bruk av kognitiv terapi i rehabilitering etter endt kreftbehandling.

Problemstilling: «Kva erfaringar har unge, vaksne kreftoverlevarar gjort seg ved bruk av kognitiv terapi i eit rehabiliteringsprogram?»

Gjennom ei kvalitativ tilnærming, ved analyse av djupneintervju av 17 deltakarar, viste resultatane at deltakarane hadde erfart kognitiv terapi som nyttig i rehabiliteringsprosessen. Resultatane viser 2 hovudtema relatert til problemstillinga, nemleg «kognitiv terapi som reiskap» og «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi». Under kvart hovudtema kom det fram tre underbyggjande tema. «Kognitiv terapi som reiskap» vart utdjupa med punkta «opplæring», «oppfølging» og «internalisering». «Nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi» vart presisert via «endra tankemønster», «innsikt og akspekt» og «handtere ny livssituasjon».

Konklusjonen viser at fleirtalet av deltakarane gav til kjenne at dei opplevde at å lære og å bruke KT gav eit reiskap og nye moglegheiter for handtering av sin nye, endra livssituasjon. For å nytte KT som reiskap, uttrykte deltakarane at opplæring og øving med praktiske dømer var viktig. Desse erfaringane kom til uttrykk ved at bevisstgjerjing og forståing av samanhengen mellom tankar, følelsar, adferd og kroppslege reaksjonar, gjorde det mogleg for deltakarane å sjå alternative og meir hensiktsmessige løysingar på aktuelle utfordringar. Ved å tilby unge vaksne kreftoverlevarar opplæring i bruk av kognitiv terapi i rehabiliteringsprosessen, kjem ein i møte veldokumenterte psykososiale behov etter kreftsjukdom- og behandling. Vidare forskning på feltet er anbefalt.

Nøkkelord: kreftoverlevarar, kognitiv terapi, kreftrehabilitering, kvalitativ metode

Abstract

More than 30 000 Norwegians was diagnosed with cancer in 2013. Worldwide 2-4 % of new cancerpatients are young adults (18-35 years). Young adult cancer survivors have an increased risk of various late- effects that may influence survival, health, quality of life and participation in the long term. In Norway, cancer rehabilitation has not been an integrated part of cancer treatment and recent studies have highlighted a research gap in the area of survivorship for young adult cancer survivors. This was the background for «KaNo», a rehabilitationprogram at Red Cross Haugland Rehabilitationcenter AS, which this study is a part of. The aim of this studie was to examin young adult cancer survivors experiences related to learning and using cognitive behavioral therapy during rehabilitation after cancer treatment.

Research question: *«What experiences do young adult cancer survivors have in using cognitive behavioral therapy during a rehabilitationprogram?»*

By using a qualitative method design and analyzing 17 indepth interview, the results showed that the participants experienced that learning cognitive therapy was useful in their rehabilitationprocess. The results are presented as two main themes; «Cognitive behavioral therapy as a tool» and «Benefits by using cognitive behavioral therapy». These main themes was elaborated by three subtopics. «Cognitive behavioral therapy as a tool» was elaborated by «education», «follow up» and «internalization». The other maintheme «Benefits by using cognitive behavioral therapy» was clarified by «changed mindset», «insight and acceptance» and «handling new life- circumstances».

The conclusion shows that the majority of the participants experienced that learning and using cognitive therapy gave them new opportunites in handling their new, changed life- circumstances. However, using cognitive behavioral therapy was a process dependent of education and training. These experiences was described by increased awareness and understanding of the reationship between thoughts, feelings, behavior og bodily reactions. This understanding made it possible for the participants to be aware of alternative and more appropriate solutions to current challenges. By offering young adult cancer survivors education and training in using cognitive behavioral therapy through the rehabilitationprocess, the well documented psykosocial needs following cancer og cancer treatment will be met. Further research is recommended.

Keyword: cancer survivor, cognitive behavioral therapy, cancer rehabilitation, qualitative method

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Over 30 000 nordmenn fekk kreft i 2013 (Cancer registry of Norway, 2015). Internasjonale tal viser at ca 2-4 % av nye, årlege krefttilfeller på verdsbasis er unge, vaksne (Albritton, Barr & Bleyer, 2009).

Unge, vaksne kreftpasientar får ofte aggressiv, multimodal og langvarig behandling. Denne behandlinga, har vist seg å gi auka risiko for ulike seineffektar som vil kunne påverke overlevelse, helse, livskvalitet og deltaking på lang sikt (Albritton, Barr & Bleyer, 2009). Forsking peikar på livstrugande seineffektar, som fare for tilbakefall, utvikling av ny kreftsjukdom samt ulike fysiologiske sjukdomar som til dømes kardiovaskulær sjukdom (Tai et.al, 2012; Woodward, Jessop, Glaser & Stark, 2011). Andre seineffektar er ikkje livstruande, men påverkar helse og livskvalitet negativt over tid. Dette gjeld både fysiske seineffektar som til dømes smerter, lymfødem og fatigue (Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd & Feuerstein, 2010), og psykososiale seineffektar som angst, depresjon, frykt for tilbakefall og redusert sjølvbilet (Institute of Medicine, 2013; Zebrack & Butler, 2012). På bakgrunn av risiko for slike seineffektar av sjukdom og behandling, har seinare forskning vist at denne pasientgruppa har eit stort behov for oppfølging og rehabilitering etter sjukdom og behandling (Adolecent and Young Adult Oncology Review Group, 2006).

I Noreg har ikkje kreftrehabilitering vore ein integrert del av kreftbehandlinga (Hellbom et. al., 2011; Lundeby, Jensen, Slettevold & Hernes, 2013), til tross for at retten til rehabilitering er lovfesta i «Foreskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator» (Foreskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Den nye nasjonale kreftstrategien for 2013 til 2017, understrekar at forskning på rehabilitering og unge er eitt av to satsingsområder i strategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Utgangspunktet for denne masteroppgåva er data frå doktorgradsprosjektet «The cancer treatment was only half the work! A mixed-method study of rehabilitation among young adult cancer survivors» (Hauken, 2014). Prosjektet vart kalla «KaNo» - eit rehabiliteringsprogram for unge, vaksne kreftoverlevarar, som vart gjennomført ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter (RKHR) i 2010-2013. Som fysioterapeut og kognitiv terapeut ved RKHR, var underteikna delaktig i utviklinga av intervensjonen og ansvarleg for

psykoedukasjonen med opplæring i kognitiv terapi (KT) i prosjektet. På bakgrunn av dei utfordringane og behova som er dokumentert for nettopp denne pasientgruppa, er det hensiktsmessig å forske vidare på bruk av KT i rehabilitering av unge vaksne kreftoverlevarar (UVK).

1.2 Hensikt og problemstilling

Det overordna målet med «KaNo-prosjektet» var å auke forståinga og kunnskapsgrunnlaget om rehabilitering av UVK etter endt behandling. Denne studien fokuserar på eitt av elementa i «KaNo- prosjektet», nemleg opplæring i bruk av kognitiv terapi (KT) som reiskap. Hensikta med denne studien er å utforske dei erfaringane UVK gjorde seg, knytta til opplæring og bruk av KT i rehabilitering etter endt kreftbehandling.

Problemstillinga er som følgjer:

«Kva erfaringar har unge, vaksne kreftoverlevarar gjort seg ved bruk av kognitiv terapi i eit rehabiliteringsprogram?»

1.3 Sentrale omgrep og avgrensingar

Studien omhandlar UVK. Det fins fleire ulike definisjonar av «kreftoverlevar». I forskinga varierar definisjonane frå det tidspunktet vedkommande fekk kreftdiagnosa, til det å leve med kreftdiagnosa etter 5 år eller lenger. Nokre definisjonar omfattar til og med familie og helsearbeidarar (Feuerstein, 2007; U.S. National Institute of Health, 2005). I denne studien vart det fokusert på fasen etter endt kreftbehandling, og i denne oppgåva blir derfor kreftoverlevarar definert i tråd med:

«Cancer survivors are individuals with a diagnosis of cancer who have completed primary treatment» (Feuerstein, 2007, s.7).

Det er heller ingen einsarta definisjon av aldersgruppa unge, vaksne. I forskinga knytta til UVK varierar aldersinndelingane heilt frå ingen definisjon (Holge-Hazelton, Blake-Gumbs, Miedema & van Rijswijk, 2010) til nedre alder frå 15- 20 år og opp til øvre alder frå 29- 49 år (Miedema, Easley & Robinson, 2013). I denne studien er UVK definert til aldersspennet 18- 35 år. Dette med bakgrunn i at ein ved 18 år er myndig, og det er ein naturleg overgang til vaksenliv med studiar, jobb og å flytte heiman ifrå (Buchmann & Kriesi, 2011; Miedema,

Easley & Robinson, 2013). Øvre grense på 35 år var valgt for å vere på linje med andre forskarar, samt at 35 år er øvre grense for «unge, vaksne» i Kreftforeningen. I denne studien er fokuset på unge, vaksne med kreftdebut i i ung vaksen alder, og ikke kreftoverlevarar etter barnekreft.

Rehabilitering blir ofte definert som ein heilheitleg, tidsavgrensa, målretta og tverrfagleg prosess med stor grad av brukarstyring- og ansvar. Begrepa læring, motivasjon, mestring og deltaking er sentrale (Foreskrift om habilitering og rehabilitering, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Wekre & Vardeberg, 2004). Dette syner noko av kompleksiteten ved rehabilitering og Juvet et. al. (2009) definerar mulitdimensjonale rehabiliteringsprogram som intervensjonar basert på fleire ulike komponentar. I denne studien vil ikkje alle desse sentrale begrepa i rehabilitering bli utdjupa, då det er KT som er fokuset her.

Pasientar har rett til rehabilitering, noko som er heimla i «Foreskrift om habilitering og rehabilitering» (Foreskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). I følge Nordic Cancer Union (NCU) er målet med kreftrehabilitering *«å førebygge og redusere dei fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle følgene av kreftsjukdommen og behandlinga ... og gi den enkelte kreftpasient hjelp og inspirasjon til å leve livet best mogleg»* (NCU, 2004, s.4). Helse- og omsorgsdepartementet (2008, 2009) peikar på viktigheita av målretta rehabiliteringstilbod sett i lys av aukande kreftførekomst og overleving. Også den nye nasjonale kreftstrategien (2013-2017) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), understrekar fokuset på rehabilitering.

Kognitiv terapi (KT) kjem av ordet kognisjon, som kan seiast å vere det som har med erkjennelse, oppfatning og tenkning å gjere (Store Norske Leksikon, 2015). KT er ei strukturert psykologisk behandling, og tilnærminga byggjer særleg på læringspsykologi og kognitiv psykologi. Terapiforma er kjenneteikna av å vere tidsavgrensa og notidsorientert, i tillegg til å vere strukturert (Berge & Repål, 2008). Målet med KT er å endre uhensiktsmessige tankemønster og adferd, ofte prega av negative automatiske tankar og førestillingar (Arendt & Rosenberg, 2012; Beck, 2006). KT vil bli nærare utdjupa i kap 4.1. KT blir også kalla kognitiv adferdsterapi (CBT- cognitive behavioral therapy). Dette er eit paraplyomgrep som dekker ei rekke ulike terapeutiske metodar i behandling av psykiske lidingar (Berge & Repål, 2008). I denne oppgåva vil KT og CBT bli omtalt som ei og same tilnærming, og ved gjennomgang av forskning vil intervensjonar med KT og CBT blir rekna som aktuell i høve til problemstillinga.

KT inngår ofte som ei form for psykoedukasjon. Luknes & McFarlane (2004) definerar psykoedukasjon som psykososiale intervensjonar utført av profesjonelle. Det integrerar sjukdomsspesifikk informasjon og undervisning, så vel som reiskap for å handtere aktuelle omstendigheiter. Psykoedukasjon som omgrep vil ikkje bli nærare utdjupa her, då denne studien bygde på KT som psykoedukativ intervensjon.

Denne oppgåve er oppbygd med ei innleiing der bakgrunn for oppgåva, samt hensikt og problemstilling blir presentert. Det er vidare gjort greie for nokre sentrale omgrep og gjort naudsynte avgrensingar. Kapittel to gjev ei kort oversikt over korleis det er å vere ung, vaksen kreftoverlevar. Det blir gitt kort omtale av det som er rekna som spesielle utfordringar for denne pasientgruppa. Vidare vil tidlegare, aktuell forsking på området kreftrehabilitering og KT i kreftrehabilitering bli presentert. I det fjerde kapittelet vil teoretisk rammeverk bli utdjupa, her definert til å omhandle KT. I kapittel fem blir metodeval og metodisk framgangsmåte i studien utdjupa, før resultata frå analysa blir presentert i kapittel 6. Resultata frå studien, sett i relasjon til teori og tidlegare forsking, blir diskutert i kapittel 7. I tillegg vil den metodologiske refleksjonen og diskusjonen bli presentert i dette kapittelet. Avslutningsvis i kapittel 8 blir konklusjonane frå studien trekt, samt anbefalingar for vidare forsking.

2.0 Unge, vaksne kreftoverlevarar- det unike

Det å få kreft i ung, vaksen alder kan medføre ei ekstra byrde i ein frå før sårbar fase i livet. Dette kapittelet gjev eit kort innblikk i det unike ved det å vere kreftoverlevar, samt seineffektar av sjukdom og behandling i den livsfasen.

2.1 Ein sårbar fase i livet

Tida som ung, vaksen representerar ein spesielt sårbar fase i livet med mange krav, inkludert fysisk og emosjonell utvikling, utdanning, fyrste jobb, intimitet, etablering av eigen familie og andre livshendingar som er unike for denne aldersgruppa. Denne livsfasen er ofte karakterisert av lite stabilitet, raske endringar, utvida studielengde, så vel som utforsking av eigen identitet og haldningar til verda (Arnett, 2000; Buchmann & Kriesi, 2011). Denne perioden er også prega av viktige val med tanke på fast forhold, familie, yrkes-/og karriereval og livsstil.

Viktige faktorar i overgangen mellom ung og vaksen gjeld også det å erkjenne ansvar for seg sjølv, ta eigne avgjerdsler og ikkje minst å bli sjølvstendig økonomisk og i den sosiale verda (Arnett, 2000; Buchmann & Kriesi, 2011).

Konsekvensane av kreftsjukdom i denne livsfasen, blir altså ei stor ekstra byrde, som blir skildra som forstyrrende i livet relatert til fysisk helse, psykologisk utvikling, utdanning, jobb og sosialt liv, og ikkje minst i å skaffe stabile samlivsforhold (Albritton et. al., 2006; Institute of Medicine, 2013). Hammer & Hyggen (2013) peikar på at kreftsjukdom kan ha stor verknad på individet og kan leie til marginalisering, med negative effektar på psykisk helse, livskvalitet og deltaking. Kreft i denne livsfasen er heldigvis sjeldan, men påfører dei som får kreft store byrder i ein allereie sårbar livsfase (Adolescent and Young Adult Oncology Review Group, 2006; Coccia et. al., 2012).

2.2 Kreft i ung vaksen alder

Kreft er ei gruppe sjukdomar som er kjenneteikna ved ukontrollert celledeling, av unormale celler som har evne til å invadere vev og organ omkring, og evne til å danne dottersvulstar andre stadar i kroppen (metastasere)(Cancer registry of Norway, 2015).

Insidensen av kreft aukar dramatisk med aukande alder, men kreft er sjeldan blant unge, vaksne og representerar berre 2- 4 % av alle nye krefttilfeller årleg på verdsbasis. Likevel er kreft ein av dei vanlegaste dødsårsakene blant unge, vaksne og kreft er såleis eit helseproblem (Albritton, Barr & Bleyer, 2009; Cancer registry of Norway, 2015; Coccia et. al., 2012). Til tross for betra overlevingsrater for både unge og eldre kreftpasientar, så har det vore ei auke i krefttilfeller, men ingen tilsvarande betring i overlevingsrater for UVK. Ei av årsakene til dette, er at krefttypane hjå desse har unik biologi og utbreiing (Woodward et. al., 2011). Dei mest vanlege krefttypane blant desse kreftpasientane er lymfom, melanom, testikkel- og underlivskreft, sarkom, leukemi og brystkreft (Bleyer & Barr, 2009; Coccia et. al., 2012). I tillegg er genetikken, fysiologien og farmakologiske trekk hjå unge vaksne kreftpasientar er unik, noko som påverkar evna til å tole og å respondere på kreftbehandling (Albritton, Barr & Bleyer, 2009). Desse unike trekka hjå unge vaksne kreftpasientar gir utfordringar relatert til type kreftbehandling, og det gir onkologane medisinske utfordringar som dei sjeldan møter hjå born og vaksne (Bleyer & Barr, 2009; Institute of Medicine, 2013). Behandlinga for unge, vaksne kreftpasientar er ofte aggressiv, multimodal og langvarig, med ein kombinasjon av kirurgi, kjemoterapi, stråling og andre kreftbehandlingar (Albritton, Barr & Bleyer, 2009;

Bleyer & Barr, 2009). Heldigvis overlever majoriteten av unge vaksne kreftpasientar, men dette ofte med ein auka risiko for uttalte seineffektar som verkar inn på deltaking, helsesrelatert livskvalitet og helse på lang sikt (Albritton, Barr & Bleyer, 2009; Woodward et. al., 2011).

2.3 Seineffektar etter behandling

Risikoen for å utvikle seineffektar eller langtids- effektar etter behandlinga avheng av alder ved diagnose, krefttype og behandling, samt familiære faktorar, livsstil og komorbiditet (Brearly et. al., 2011; Coccia et. al., 2012; Oeffinger & Tonorezos, 2011). Seineffektar kan vere av livstrugande art eller av betydning for vidare helse og livskvalitet (Woodward et. al., 2011). UVK har relativt lenge igjen av livet, og derav tilsvarende år igjen å leve med mulige seineffektar. Dei ulike fysiske og psykososiale seineffektar er etterkvart godt dokumentert, og vil bli kort utdjupa under.

2.3.1 Fysiske seineffektar

Seineffektar kan oppstå i relasjon til behandlinga eller etter noko tid, og effektane kan vere kortvarige eller langvarige (Woodward et. al., 2011). Fysiske seineffektar av livstrugande art, er auka risiko for tilbakefall av kreftsjukdom og auka risiko for å utvikle ny kreftsjukdom som til dømes bryst-, lunge-, -thyroid-, -og gastrointestinal kreft. Denne auka risikoen har samanheng med type behandling, der kombinasjonen av cytostaticabehandling og stråleterapi ser ut til å vere spesielt risikofylt (Oeffinger & Tonorezos, 2011; Woodward et. al., 2011; Zhang, Goddard, Spinelli, Gotay & McBride, 2012). I tillegg har UVK større risiko for å utvikle kardiovaskulær sjukdom, metabolsk syndrom, diabetes, astma og hypertensjon i høve til friske individ og andre kreftoverlevarar (Institute of Medicine, 2013; Tai et. al., 2012; Woodward et.al., 2011).

Andre seineffektar er ikkje av livstrugande art, men påverkar likevel helse og livskvalitet i stor grad. Fysiske seineffektar som UVK rapporterar er blant anna smerter, lymfødem, vektta- eller vektauke, mage-tarm problem, søvnnvanskar, nevrologiske plager, redusert hukommelse og konsentrasjon og tidleg menopause (Harrington et. al., 2010). UVK av begge kjønn rapporterar om fertilitet og seksualitet som eit betydelege problem. Usikkerheit rundt konsekvensar av behandlinga knytta til fertilitet og seksualitet, blir opplevd som ein ekstra stressfaktor, og er også relatert til emosjonelle aspekt i partnarskap eller framtidige forhold (Fosså & Dahl, 2008; Howard-Anderson, Ganz, Bower & Stanton, 2012).

Forskninga trekk likevel fram at UVK opplever fatigue som den mest invaderande seineffekten. Det er fordi fatigue i stor grad påverkar dagleg funksjon og deltaking i eige liv (Campos, Hassan, Riechelmann & Del Giglio, 2011). Campos et.al. (2011) og Smith et. al. (2013) peikar på at fatigue reduserar både aktivitet og motivasjon, og påverkar forholdet mellom fysisk form og helsereelatert livskvalitet (HRQOL). Fatigue er også ein sterk prediktor for redusert tilfredsheit og HRQOL.

2.3.2 Psykososiale seineffektar

Forsking viser at UVK rapporterar eit høgare nivå av psykososiale seineffektar enn både yngre og eldre kreftoverlevarar gjer, som til dømes angst, depresjon, høg grad av engstelse og usikkerhet (Institute of Medicine, 2013; Zebrack & Butler, 2012). Bekymring kring sjølvkjensle, identitet og kroppsbilete er vanleg blant unge mennesker. Det viser seg at kreftbehandling og endra utsjånad kan opplevast som ei ekstra bekymring knytt til sjølvbilete, identitet og kroppsbilete hjå UVK (Abrams, Hazen & Penson, 2007; Handberg, Nielsen & Lomborg, 2014).

Eit høgt nivå av frykt for tilbakefall er også rapportert av UVK (Simard et. al., 2013; Blank, Park & Schmidt, 2011). Funn peikar på at depresjon og engstelse, mykje fysiske symptom og oppleving av lite sosial støtte er viktige prediktorar for nivået av frykt for tilbakefall (Mehnert, Koch, Sundermann & Dinkel, 2013).

Forsking viser at sosial støtte er viktig for både helse og livskvalitet også for UVK (Hammer & Hyggen, 2013). UVK rapporterar om eit lågare nivå av sosiale aktivitetar. Den reduserte sosiale aktiviteten har negativ effekt på tette relasjonar, forstyrrar deira sosiale liv og gir oppleving av manglande sosial støtte (Decker, 2007; Hall et. al., 2012; Institute of Medicine, 2013.). Det blir peika på at manglande sosial støtte kan relaterast til stress og redusert fysisk aktivitet hjå UVK (Brunet, Love, Ramphal & Sabiston, 2014).

Forsking viser vidare at UVK har auka risiko for ulemper knytt til utdanning og førebuing til høgare utdanning, yrkeskarriere og finansielle problem. Dette er utfordringar som kan forseinke deira sjølvstendigheit og overgangen til vaksenlivet (Albritton et. al., 2006; Brearly et. al., 2011).

Det meste av forskning relatert til UVK har fram til no, i utgangspunktet hatt fokus på negative helseutfordringar. Nokre studiar viser også til positive utfall og ei oppleving av personleg

vekst etter kreftsjukdom, relatert til oppleving av velvære, meistring og målretta strategiar. Det handla om at personar som tilnærma seg eigne utfordringar på ein positiv måte, opplevde meir positiv meistring (Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2011). Positive kjensler og haldningar er sett på som eit normalt utfall etter alvorleg sjukdom, og desse spelar ei rolle for resultatet av den motgongen personen opplever (Aspinwall & MacNamara, 2005). Bellizzi et. al. (2012) viser også til betring i fysisk funksjon som positivt utfall etter kreftsjukdom. For å oppnå slike positive utfall etter kreftsjukdom, er det nødvendig at oppfølginga er fokusert på desse faktorane.

3.0 Tidlegare forskning på kreftrehabilitering

Feltet kreftrehabilitering dukka opp på 1980- talet, men hadde i starten lite fokus både i klinikken og i forskinga. Det var fyrst på midten av 1990- talet at kreftrehabilitering fekk meir merksemd, og er derfor fortsatt å rekne som eit relativt nytt felt i forskingsverda (Hellbom et. al., 2011; Ugolini et. al., 2012). I starten var forskinga i hovudsak retta mot ulike fysiske konsekvensar og synlege funksjonsnedsettingar etter kreftbehandling, som til dømes amputasjonar eller lymfødem som følgje av brystkreft. Fokuset var derfor i hovudsak også retta mot enkle fysiske intervensjonar (Ugolini et. al., 2012). Dei siste tiåra har forskinga vendt seg mot ein meir heilheitleg, bio-psykososial modell. Den bio- psykososiale modellen er ein forståingsmodell som tek hensyn til heilheita ved å vektlegge biologiske, så vel som psykologiske og sosiale tilhøve rundt pasienten. Denne måten å forstå heilheita på, erkjenner dei multidimensjonale utfordringane som følgjer kreftbehandling- og overleving (Normann, Sandvin & Thommesen, 2004; WHO, 2002).

Det er gjort få studiar retta mot kreftrehabiliteringsprogram som er utvikla spesielt for UVK, til tross for at fleire studiar erkjenner denne gruppa sine spesielle behov for slike intervensjonar (Albritton et. al., 2006; Keegan et. al., 2012). Desse spesielle utfordringane er relatert til at dei er i ein sårbar livsfase, samt ein auka risiko for død og fysisk og psykososiale langtidseffektar (Albritton, Barr & Bleyer, 2009; Albritton et. al., 2006; Bleyer, 2007; Institute of Medicine, 2013). Likevel så viser forskning både på single og multidimensjonale rehabiliteringsintervensjonar, at fleire element kan vere effektive i rehabilitering av kreftoverlevarar. Dette er viktig kunnskap som bør liggje til grunn ved utvikling av

multidimensjonale rehabiliteringsprogram for UVK. Samstundes vitnar dette om eit stort behov for vidare forskning på området.

3.1 Viktige intervensjonar i kreftrehabilitering

Ved gjennomgang av litteraturen på kreftrehabilitering, viser det seg at ulike intervensjonar relatert til fysisk aktivitet og ulike psykososiale intervensjonar er mest effektfulle. Desse blir kort presentert under.

3.1.1 Fysiske intervensjonar

Fysisk aktivitet og trening er det enkelttiltaket som er mest studert og har best dokumentert effekt innan kreftrehabilitering (Juvet et. el., 2009; Speck, Courneya, Masse, Duval & Schmitz, 2010; Spence, Heesch, & Brown, 2010). Fysisk aktivitet viser positiv effekt på fysisk form, generell helse, livskvalitet, sjølvkjensle og for tilbakekomst til arbeidsliv for dei fleste kreftoverlevarar og aldersgrupper (Brearly et. al., 2011; Juvet et.al., 2009; Speck et. al., 2010; Thorsen et. al., 2005). I tillegg har fysisk aktivitet vist positive effektar i høve til fatigue, angst og depresjon (Juvet et. el., 2009; Speck et. al., 2010; Spence, Heesch, & Brown, 2010). Forsking viser også at unge, vaksne kreftoverlevarar er interesserte i fysisk aktivitet, men at dei har behov for hjelp til å initiere aktivitet (Blaney, Lowe-Strong, Rankin-Watt, Campbell & Gracey, 2013).

3.1.2 Psykososiale intervensjonar

Psykososiale intervensjonar er den andre hovudelintervensjonen som har vist seg å ha effekt i høve til å redusere engstelse og å fremje meistring (Faller et. al., 2013; Juvet et. al., 2009). Slike intervensjonar blir ofte kategorisert som individuell oppfølging, sette seg individuelle mål, likemannshjelp og psykoedukasjon.

Individuelle oppfølging og det å sette seg mål, blir trekt fram i forskinga som viktig for å fremje motivasjon, kontroll og å oppnå meisting i kreftrehabilitering. Det er vist at sterke intensjonar, mål og planlegging er viktig for UVK når det kjem til gjennomføring av fysisk aktivitet (Belanger, Plotnikoff, Clark & Courneya, 2012).

Likemannshjelp har blitt framheva av forskinga som eit viktig element i kreftrehabilitering. Fleire studiar viser effekt av likemannshjelp i form av betra sosial fungering, livskvalitet, utvikling av «empowerment». I rehabiliteringsprogram har likemannshjelp viste seg sentralt

for utviklinga av det sosiale miljøet og sosial støtte i gruppa (Ussher, Butow, Kirsten & Sandoval, 2006; Zebrack & Isaacson, 2012). Sidan kreft i ung alder er uvanleg, møter UVK sjeldan andre i same aldersgruppa gjennom behandlinga. Det å møte andre i tilsvarende situasjon kan vere ein viktig faktor for å bearbeide erfaringar og møte forståing, noko som kan fungere legitimerande og normaliserande på situasjonen (Fismen et. al., 2000; Kent et. al., 2013).

Psykoedukasjon involverar vanlegvis multiple komponentar som undervisning, emosjonell støtte, øving av meistingsferdigheiter, utfordring av uhensiktsmessige tankar og avspenningstrening (Faller et. al., 2013; Fors et. al., 2011; Juvet et. al., 2009). Herunder har kognitiv terapi og undervisning kombinert med diskusjon, blitt trekt fram som ein lovande intervensjon.

3.2 Kognitiv terapi i kreftrehabilitering

KT er brukt på ulike områder innan kreftrehabilitering, og det er forska på effekt av KT i relasjon til dei fleste kjente seineffektane som UVK rapporterar. Forsking viser at bruk av KT i kreftrehabilitering, kan styrkje meistring og empowerment, meistringsoppnåing (self-efficacy) og livskvalitet, så vel som å vere ein reiskap for å redusere fatigue, depresjon, angst og frykt for tilbakefall (Eichler et. al., 2015; Faller et. al., 2013; Fors et. al., 2013; Juvet et. al., 2009; Lebel et. al., 2014; Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006).

Mykje av forskinga er gjort på ulike spesifikke diagnosegrupper, blant anna på brystkreft. Juvet et. al. (2009) si oppsummering av rehabilitering av brystkreftpasientar konkluderar med at KT virkar til å ha effekt på livskvalitet, dersom terapien er gitt etter endt kreftbehandling. Fors et. al (2011) har seinare gjort ei systematisk oversikt over psykoedukasjon i brystkreftrehabilitering, og støttar der konklusjonen frå Juvet et.al. (2009). May et. al. (2009) og Korstjens (2008) har begge sett på KT kombinert med fysisk aktivitet, der effektmålet er livskvalitet. Konklusjonen hjå begge er at KT kombinert med fysisk aktivitet, og fysisk aktivitet åleine har effekt på livskvalitet, men at det ser ut til at KT ikkje tilfører noko ekstra effekt iht fysisk aktivitet når det gjeld livskvalitet hjå kreftoverlevarar.

Ei metaanalyse utforska effekten av KT og undervisning relatert til rapporterte seineffektar som angst, depresjon og redusert livskvalitet. Osborn, Demoncada & Feuerstein (2006) samanfatta sine resultat med at KT kan bli relatert til korttidseffekt på depresjon og angst, og

til både kort- og langtidseffekt på livskvalitet. Individuelle intervensjonar viste meir effekt enn gruppe- intervensjonar. På bakgrunn av dette oppsummerar dei med at ulike former for kognitiv terapi- tilnærming, utforma i eit individuelt format, kan støtte kreftoverlevarar i å redusere emosjonelt stress og å betre livskvaliteten.

Emosjonell engtelse er rekna som ein vanleg seineffekt av kreftsjukdom- og behandling. Ei systematisk oversikt (Yeh, Chung, Hsu & Hsu, 2014), oppsummerar funna med at majoriteten av kreftpasientar opplever betydelig grad av psykologisk og emosjonell engstelse i løpet av sjukdomsperioden. Forskinga (Yeh et. al., 2014) viser at intervensjonar som fysisk aktivitet, KT og andre komplementære terapiformer, kan bistå helsepersonell i å lindre engstelse hjå pasientane. Dei oppmodar om vidare forskning, og då spesielt med mål om å optimalisere slike intervensjonar.

Ein anna, og utprega seineffekt hjå kreftoverlevarar, er fatigue. Eichler et.al. (2015) gjennomførte ein studie med mål om å utprøve ein strukturert protokoll med KT for pasientar med kreftrelatert fatigue. Resultata frå studien til Eichler et. al. (2015) viste at ein strukturert gruppeintervensjon med KT gav signifikant betring relatert til opplevd nivå av fatigue etter 8 veker. Ein randomisert kontrollert studie (Gielissen, Verhagen, Witjes & Bleijenberg, 2006) konkluderar med at KT tilpassa kreftrelatert fatigue, har klinisk relevant effekt iht å redusere fatigue og funksjonsnedsetting hjå kreftoverlevarar. Denne studien vart det gjort langtidsoppfølging på. Resultata viste at KT har effekt på fatigue, og at dei positive effektane ser ut til å vare 2 år etter endt terapi (Gielissen, Verhagen & Bleijenberg, 2007). Goedendorp, Gielissen, Verhagen & Bleijenberg (2009) gjorde også ein systematisk litteraturoversikt for å evaluere om psykososiale intervensjonar hadde effekt på fatigue under kreftbehandling. Konklusjonen var at intervensjonar spesielt retta mot fatigue kan virke til å ha effekt, men at det også her trengs meir forskning.

Forsking peikar på at frykt for tilbakefall er ei stor utfordring, og at det kan resultere i blant anna engstelse, stress-responssymptom og redusert livskvalitet (Simard et.al., 2013). Thewes et. al. (2012) trekk fram at unge brystkreftpasientar kan vere spesielt sårbare knytt til frykt for tilbakefall. Lebel et. al. (2014) testa ut eit 6 vekers program med ein kognitiv- eksistensiell gruppebasert intervensjon, spesielt retta mot frykt for tilbakefall hjå bryst- og eggstokk kreftoverlevarar. Lebel et. al (2014) konkluderar med at denne korte intervensjonen ser ut til å vere eigna med tanke på å redusere frykt for tilbakefall. I tillegg, kan det sjå ut som

intervensjonen har effekt på kreftrelatert engstelse, usikkerhet, livskvalitet og meistring. Det er likevel å anbefale vidare forskning for å bekrefte funna.

Nyare studiar peikar på at multimodale tilnærmingar som kombinerar fysisk aktivitet med psykososiale intervensjonar er meir effektive enn enkelttiltak retta mot fysisk aktivitet, livskvalitet, fatigue eller engstelse (Fors et. al., 2011; Scott et.al., 2013). Det er noko sprikande funn direkte relatert til om KT gir best utbytte ved individuell eller gruppebasert intervensjonar. Lebel et. al. (2014) viser til effekt av gruppebasert KT knytta til frykt for tilbakefall og Eichler et. al. (2015) viser til positiv verknad på fatigue etter gruppebasert KT. Osborn, Demoncada & Feuerstein (2006) viser til at individuell KT virkar til å ha best nytte relatert til angst og depresjon. Ein systematisk oversikt viser at gruppebasert undervisning generelt, gir positive effektar på psykisk helse, meistring og sosial støtte, samt positive påverknad på pasientane sin kunnskap om eigen sjukdom (Austvoll- Dahlgren, Nøstberg, Stensbekk & Vist, 2011).

Forskinga nemnt ovanfor synleggjer at bruk av KT kan ha positiv effekt på livskvalitet, angst, depresjon, fatigue og frykt for tilbakefall, samt som del i å styrkje meistring og kontroll hjå kreftoverlevarar. Samstundes synleggjer denne forkinga at det fortsatt er eit stort behov for vidare forking, og ikkje minst utbetring og optimalisering av aktuelle intervensjonar.

4.0 Teoretisk rammeverk

Med bakgrunn i at rehabilitering er så komplekst, kan ein velje mellom fleire ulike teoretiske perspektiv og rammeverk. Sidan denne oppgåva har hovudfokus på KT, utgjer det også det teoretiske rammeverket for oppgåva.

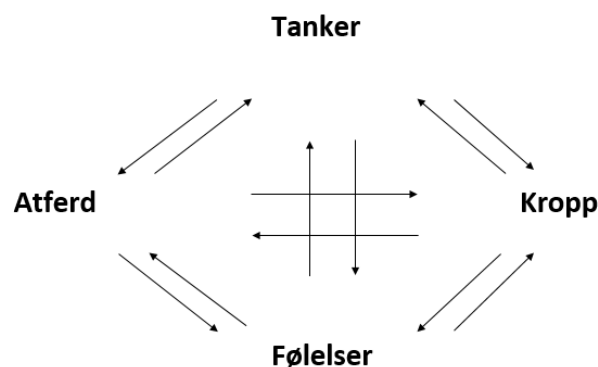
4.1 Kognitiv terapi

Moderne KT vart utvikla av psykiater Aron T Beck på 1960- talet som ein strukturert, tidsavgrensa og notidsretta psykoterapi iht depresjon. Utgongspunktet var Aron T Beck og Albert Ellis (psykolog) sin skepsis til psykoanalysa, som definerte depresjon som introvert aggresjon. Studiar viste at mange deprimerte hadde same tankegang, og ved å få bukt med straumen av deevaluerande, negative tankar kunne ein få kontroll over depresjonen (Beck,

2006). Seinare har teorien blitt tilpassa fleire andre psykiske og somatiske lidingar, som eksempelvis angst, kronifiserte smerter og rusavhengigheit. KT er i dag blitt ei svært populær og etterspurt terapiform både i Norge og internasjonalt (Arendt & Rosenberg, 2012; Berge & Repål, 2008).

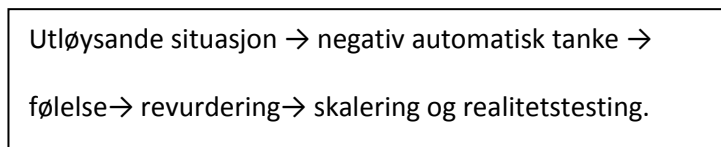
Beck sitt terapeutiske arbeid førte til utvikling av den fyrste kognitive modellen. Denne modellen viser korleis tankar, kjensler og kroppslege reaksjonar gjensidig påverkar kvarandre. KT tek utgangspunkt i at det er korleis ein person tolkar ein gitt situasjon, som bestemmer kva ein føler og korleis ein handlar. Det betyr at det ikkje er hendinga i seg sjølv, men korleis personen oppfattar og tolkar hendinga som styrer kva følelsar og adferd som blir knytta til hendinga (Beck, 2006).

KT er altså basert på ei teoretisk forståing av at eit individ si adferd er påverka, og i stor grad bestemt, av korleis individet strukturerar verda si gjennom kognisjonar. Slike kognisjonar er danna på bakgrunn av førestillingar og antakingar som er lagra i hukommelsen, og som er utvikla frå tidlegare erfaringar. Kognisjonane blir aktiverte i spesielle situasjonar eller sinnstilstandar, og vil då påverke emosjonar, adferd og psykologisk aktivering. Dette samspelet mellom ein person sine tankar, følelsar, adferd og kroppslege reaksjonar blir ofte referert til som den kognitive diamant (Arendt & Rosenberg, 2012; Beck, 2006). Teorien har grunnlag i at ein kan løyse/ redusere pasienten sine problem, ved å bevisstgjere samanhengen mellom tankar, følelsar og adferd, og korleis desse gjensidig påverkar kvarandre (Beck, 2007).



Figur 1: Den kognitive diamant; visualisering av korleis situasjonar påverkar tankar, følelsar, adferd og kroppslege reaksjonar og korleis desse gjensidig påverkar kvarandre.

KT har som mål å lære individet å identifisere og modifierer sine negative automatiske tankar. Ved å modifierer uhensiktsmessige eller feilaktige tankar og førestillingar, kan pasienten oppleve lindring av emosjonelt stress og andre ubehaglege symptom. Dette føreset at pasienten lærer å oppdage og bevisstgjere seg sine negative automatiske tanker. Vidare må pasienten utforske og stille spørsmålsteikn ved sine mistolkingar, destruktive adferd og dysfunksjonelle førestillingar og antakingar. Deretter er målet å finne ei realistisk og alternativ revurdering av desse utfordringane, etterfulgt av at ein handlar som om revurderinga er sann (Arendt & Rosenberg, 2012; Beck, 2006). I praksis nyttar KT- terapeutar ofte det såkalla 5- kolonnarskjemaet (vedlegg 5) som hjelpemiddel i innlæringa av bevisstgjerung og revurdering av negative automatiske tankar. Skjemaet blir nytta som hjelp for pasienten til å skildre tankar og reaksjonar i problemsituasjonar, samt finne alternative og meir rasjonelle løysingar på problemet. Avslutningsvis skildrar pasienten korleis følelsen og trua på den opprinnelege tanken har endra seg ved gjentatt realitetstesting/ fokus på revurderinga (Berge & Repål, 2008). Dette kan kort illustrerast ved figur 2:



Figur 2: Visualisering av gongen i 5- kolonnarskjema.

I KT er altså ikkje målet å lære pasienten å tenke positivt, då urealistisk tenking kan svekke høve til å meistre sine livsproblem (Berge & Repål, 2010). Målsettinga med behandlinga er å gi pasientane hjelp til sjølvhjelp. Det er også sentralt å gjere den terapeutiske prosessen meir forståelig for pasient og terapeut (Beck, 2006). Den kognitive terapiprosessen skal styrkje pasienten sine ferdigheiter til å identifisere sjølvdestruktive, vonde sirkular. KT skal hjelpe pasienten til sjølv å meistre problem og belastningar i livet, i tillegg til å hjelpe pasienten til å endre tankemønsteret som gir problema næring. Det handlar om å undersøke alternative måtar å tenke rundt eiga tenking (Kauth et. al., 2010).

Noko av det mest sentrale i KT er altså å auke pasienten si eiga evne til å meistre utfordringane sine. Bandura (1995) hevdar at meistring er av særskild betydning når ein står

ovanfor store utfordringar og stress, der både situasjonar og kroppslege reaksjonar lett kan bli feiltolka. Stressreaksjonar og spenningar kan derfor tolkast som dårleg meistring (Bandura, 1995; Beck, 2006). I følge Bandura (1995) er det vesentleg å korrigere slike tankemønster og feiltolkingar. Kognitiv terapi kan gi auka kompetanse i å tolke og å reagere adekvat på fysiske og emosjonelle signal, og vil derfor kunne vere hensiktsmessig med tanke på å auke evna til meistring (Beck, 2006). Denne prosessen med å auke eiga meistring, vil kunne bygge under begrepet «empowerment». I følge WHO er «empowerment» definert som ein prosess der individ oppnår større kontroll over avgjerder og handlingar som rører ved helse (WHO, 2002). Det innebær at brukaren er ekspert på seg sjølv, og at eigen medverknad og ansvar er vesentleg (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven og Tones, 2007; Tveiten, 2007). Dette syner at KT kan vere ein nyttig reiskap i arbeidet med å styrkje pasienten si evne til meistring og der igjennom gi auka evne til å ta eige ansvar og medverke i høve til eiga helse.

5.0 Metode

Denne studien er ein delstudie av eit større doktorgradsprosjekt, «The cancer treatment was only half the work! A mixed-method study of rehabilitation among young adult cancer survivors» (Hauken, 2014), kalla “KaNo – prosjektet”. Sjølve rehabiliteringsprogrammet var strukturert rundt 3 vekers rehabilitering på Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS (RKHR) med ei oppfølgjingsveke etter tre og seks månader. Innhaldet i rehabiliteringsprogrammet bestod av seks hovudelement; 1) å setja individuelle mål, 2) fysisk aktivitet, 3) individuell oppfølging, 4) likemannshjelp, 5) psykoedukasjon basert på KT og 6) pårørande helg (Hauken, 2014). Underteikna var hovudansvarleg for gjennomføringa av psykoedukasjonen med vekt på kognitiv terapi, som er fokuset i denne oppgåva.

5.1 Psykoedukasjon

Målsettinga med psykoedukasjonen var å auke deltakarane sin kunnskap knytta til eigen helsesituasjon og vanlege utfordringar relatert til kreftoverleving. Målet var også å fokusere på ressursane og bli bevisst spesielle utfordringar knytta til å nå eigen mål, samt å utvikle ei oppleving av meistring og kontroll (Faller et. al., 2013, Fors, 2011; Luknes & McFarlane, 2004, Ursin & Eriksen, 2004).

Informantane deltok i sju sesjonar med psykoedukasjon i løpet av det fyrste rehabiliteringsopphaldet. Kvar sesjon varte i 90 minutt, og hadde eit spesifikt tema for kvar gong. Desse tema var knytt opp mot dei spesielle utfordringane unge, vaksne kreftoverlevarar står ovanfor: 1) introduksjon med fokus på ressursar, 2) grunnleggande kognitiv terapi, 3) utdanning og jobb, 4) tankar og følelsar, 5) trening og fysisk aktivitet, 6) nettverket mitt og 7) vegen vidare. For nærare utdjuping av innhaldet i desse sesjonane, sjå Hauken et. al. (2013).

Kvar sesjon var bygd opp etter ein fast agenda, og bestod av ein introduksjon, undervisning i dagens tema, heimelekse og oppsummering. Det var lagt opp til ei kort undervisning før gruppa samtale og reflekterte rundt temaet, der ein søkte å få fram aktuelle problemstillingar frå gruppa undervegs. Desse problemstillingane eller andre pre-konstruerte dømer vart nytta som eksempel i innlæringa av kognitiv terapi.

Kognitiv terapi vart brukt gjennomgåande i alle sesjonane som ein metode for å oppdage og meistre negative tankar, følelsar og uhensiktsmessig atferd (Arendt & Rosenberg, 2012; Beck, 2006). 5-kolonnerskjema (vedlegg 5) vart nytta som praktisk reiskap for og bevisstgjere seg eigne negative tankar, følelsar og adferd. Skjemaet vert nytta ved å skildre ein gitt situasjon som informantane opplevde ubehageleg og som førte til uønska adferd. Eit døme er opplevinga av å ikkje meistre trening som før, og derved la vere å trene. Dette kunne medføre ein negativ automatisk tanke eksempelvis; «eg er lat, og blir aldri i god form igjen». Følelsen relatert til denne tanken kunne vere «trist» og «oppgitt». Ved å revurdere den negative automatiske tanken, vart andre alternative tankar tydeleggjort, til dømes; «det er naturleg at eg ikkje orkar like mykje som før pga behandlinga eg har vore gjennom» eller «det tek tid, men eg vil kunne bli i god form igjen». Ved å klare å revurdere sine negative automatiske tankar, kan ein oppleve redusert ubehag (mindre trist og oppgitt) og der gjennom oppå ein meir hensiktsmessig handtering av situasjonen (gå på trening).

Etter at ein praktisk hadde gått gjennom dømer relatert til dagens tema, var det gjennomgong av «heimelekse» til neste sesjon. Heimelekse bestod av skriving i 5- kolonnerskjema, med

dømer i høve til egne erfaringar og det aktuelle temaet. Oppgåvene var lagt opp til gruppearbeid, men også individuelle dømer i 5- kolonnenskjemaet. Heimeleksa vart gått igjennom i neste sesjon. I tillegg til skrivinga, var det lesing av utvalte kapittel i boka «Sjef i eget liv» av Wilhelmsen (2005). Sesjonen vart alltid avslutta med å gi ny heimelekkse og å oppsummere timen, samt åpne for korrigerande eller klargjerande spørsmål og eventuelle tilbakemeldingar.

Underteikna leia alle sesjonane. I tillegg var det ulike faggrupper, til dømes sjukepleiar, attføringskonsulent og fysioterapispesialist som bidrog med eit kort føredrag innan aktuelle fagområder i nokre av sesjonane.

På oppfølgjingsvekene, hadde deltakarane ein sesjon med kognitiv terapi etter same agenda som ved fyrste opphald. Her fokuserte ein på erfaringane deltakarane hadde gjort seg, og situasjonar dei opplevde at dei ikkje meistra som forventa, i tida heime mellom opphalda. Det var også rom for å diskutere framtidige utfordringar, eller andre innspel får gruppa. I tillegg til denne gruppesesjonen, fekk deltakarar som ytra ynskje om eller behov for det, tilbod om individuell oppfølging i kognitiv terapi.

5.2 Design

Sidan forskningsspørsmåla i denne oppgåva fokuserar på deltakarane sine erfaringar, har studien eit kvalitativt fenomenologisk – hermeneutisk design, basert på djupneintervju. Kvale og Brinkman (2009) omtalar det kvalitative forskningsintervjuet som ein søken etter å forstå verden sett frå intervjuobjektet si side, der målet er å få fram tydingar av personar sine erfaringar og å avdekke deira oppleving av verden. Det kvalitative fenomenologisk-hermeneutiske designet søker dermed å belyse individet si uttalte erfaring av livsverden (fenomenologi) og forskaren si tolking (hermeneutikk). Dette skjer i ein prosess mellom individet si uttrykte erfaring og forskaren si forforståing og tolking, med mål om å få ny innsikt og forståing av eit fenomen (Creswell, 2007; Giorgi, 1997; Malterud, 2011). Fokus er å få fram mest mogleg informasjon frå informantane som kan kaste lys over problemstillinga (Malterud, 2011).

5.3 Utval

Populasjonen av unge, vaksne kreftoverlevandar i Norge er liten (Norway Cancer Registry, 2009). Den ordinære oppfølginga etter kreftbehandling varierar med type kreftdiagnose, og kan variere frå oppfølging hjå fastlege, lokalt, regionalt eller nasjonalt sjukehus (Nord, Ganz, Aziz & Fosså, 2007). Basert på dette, vart deltakarane til studien rekruttert på nasjonal basis via informasjon frå helsepersonell på sjukehus eller i primærhelsetenesta, samt ulike pasientorganisasjonar i Kreftforeningen, brosjyrer og plakatar, NAV og ulike internettsider og sosiale medier.

Interesserte deltakarar måtte gå via fastlege eller onkolog for å dokumentere behov for rehabilitering, som deretter henviste deltakarane til studien etter følgjande inklusjonskriterier:

a) alder mellom 18-35 år, b) gjennomgått primærbehandling i løpet av siste 5 år, c) alle kreftdiagnoser. I tillegg måtte aktuelle kandidatar kunne forstå, lese og skrive norsk.

Totalt 20 av 31 deltakarar fall innanfor desse inklusjonskriteria. Av ulike årsaker, som tilbakefall, rekonstruksjon av bryst og studier fall nokon i frå studien undervegs. I denne delstudien er alle 17 deltakarane som fullførte heile rehabiliteringsprogrammet inkludert, sjå tabell 1 og 2.

Tabell 1: Demografisk presentasjon av deltakarane (N=17).

Alder snitt/ range	Kjønn	Sivilstatus	Butilhøve	Born	Utdanning	Arbeid/ arb.status
31,06/ 25-35	12 kvinner 5 menn	8 singel/ skilt 9 sambuar/ gift	6 åleine 11 med foreldre	12 har ikkje born 5 har born	6 vidaregåande skule 11 høgskule/ universitet	10 i arbeid/ student 7 sjukemeldt/ rehabilitering/ ufør

Tabell 2: Medisinsk presentasjon av deltakarane (N=17).

Kreftdiagnose	Mnd sidan diagnose snitt (Std)	Type behandling	Mnd behandling snitt (Std)	Mnd sidan behandling snitt (Std)
3 hodgkin lymfom 3 brystkreft 2 livmorhalskreft 3 ovarie 1 munnhulekreft 2 testikkelkreft 2 tykktarmskreft 1 sarcom	27,9 (19)	8 enkel behandling 9 kombinasjonsbehandling	22,3 (17,6)	7,3 (6,3)

5.4 Datainnsamling

Data til denne masteroppgåva byggjer på djupneintervju gjennomført av doktorgradskandidaten ved endt rehabiliteringsprogram (T4). Intervjua på T4 fulgte ein semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4) med opne spørsmål for å sikre konsistens i datamaterialet (Creswell, 2007). Hovudhensikta var å få fram deltakarane sine erfaringar frå rehabiliteringsprogrammet. Det vart stilt spesifikke spørsmål knytt til opplæringa i kognitiv terapi og korleis deltakarane hadde nytta seg av kognitiv terapi i periodane heime. Alle deltakarane vart intervjua ansikt- til - ansikt, utan andre tilstades enn intervjuar og deltakar. Intervjua gjekk føre seg på eit stille kontor ved RKHR, og doktorgradskandidaten førte feltnotat undervegs. Intervjua tok mellom 45-70 min, vart tatt opp på lydband og transkribert ordrett av doktorgradskandidaten. Underteikna transkriberte 4 av intervjua som ledd i denne masteroppgåva. For å sikre anonymitet, vart ikkje namn eller bakgrunnsdata tatt opp på lydbandet. Underteikna fekk tilgong til alle intervjua, som då var koda slik at deltakarane ikkje kunne identifiserast.

5.5 Analyse

Systematic Text Condensation (STC), basert på Giorgi sin fenomenologiske meining kondensering vart brukt til å analysere dei transkriberte dataane (Malterud, 2011). Målet med denne analysemetoden er å fange essensen av det fenomenet ein studerar, som her korleis unge, vaksne kreftoverlevandar erfarar bruk av kognitiv terapi i eit rehabiliteringsprogram. STC er ein prosess som består av fire analysesteg: 1) Å få eit heilskapsinntrykk 2) Identifisere meiningsbærande einingar (frå temaer til kodar) 3) Kondensering (frå kode til meining) 4) Samanfating (frå kondensering til beskriving og begrep). Sjølv om STC er ein fire-trinns analysemodell, er det viktig og understreke at analyse av kvalitative data ikkje er distinkte steg i en lineær prosess, men engasjerar forskaren i ein fortolkande (hermeneutisk) prosess mellom individet si uttalte erfaring, teori og forskaren si forforståing (Malterud, 2011). Underteikna og bivegleiar analyserte og koda alle 17 transkriberte intervju.

Stega i STC- metoden vart fulgt. Fyrst las vi gjennom intervjua for å skaffe eit generelt inntrykk. Dette innebar at vi separat, las alle intervjua i ein samanheng, for å få eit generelt inntrykk av kva deltakarane snakka om knytt til det aktuelle emnet. Det generelle inntrykket var at fleirtalet hadde gjort seg erfaringar, og gav til kjenne ulike aspekt relatert til problemstillinga. Relevante tema var ikkje bestemt på førehand, men vart utleia undervegs i

analyseprosessen (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). I neste ledd, las vi igjen intervjua separat og indentifiserte kvar for oss meiningsbærande einingar. Vi nytta programvara NVivo 9 for å kode og sortere data (QSR, 2015). I denne prosessen, trakk vi ut 6 kodar: opplæring, reiskap, brukt- ikkje brukt, anvendelse, endre tankemønster og opplevd endring. I tredje steg kondenserte vi kodane til tema og undertema gjennom ein analytisk spiral mellom dei identifiserte kodane, dei transkriberte intervjua og diskusjon. Alle tema og undertema vart grundig diskutert, før vi konkluderte med to hovudtema, kalla «kognitiv terapi som reiskap» og «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi». Det kom fram 3 undertema til kvart hovudtema der «kognitiv terapi som reiskap» vart støtta av «opplæring», «oppfølging» og «internalisering», medan «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi» vart underbygd av «endra tankemønster», «innsikt og aksept» og «handtere ny livssituasjon». Desse undertema vart utforska og essensen skildra. Til slutt, vart analysa validert ved å samanlikne funna våre med intervjua for å sikre at vi hadde fanga det informantane uttrykte og meinte. Konsensus var nådd for alle tolkingar. Vi oppsummerte funna ved å nytte direkte sitat for å belyse dei meiningsbærande einingane. Aktuelle sitat vart identifisert med «informant x», som ledd i valideringa. Analyseprosessen er vist i vedlegg 6.

Under heile analyseprosessen var både underteikna og bivegleiar klar over eiga forforståing, spesielt relatert til tidlegare profesjonelle og personlege erfaringar, samt teoretisk og profesjonell ståstad. Derfor var forforståinga tema under diskusjonane gjennom analyseprosessen (Malterud, 2012).

5.6 Etiske vurderingar

«Kano»- prosjektet hadde søkt og fått alle naudsynte godkjenningar, hjå NSD (vedlegg 1) og REK (vedlegg 2), i tillegg til Universitetet i Bergen og ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS. Denne delstudien inngår i desse godkjenningane.

Etiske problemstillingar er ein integrert del av alle fasane i ein forskningsprosess (Gray, 2009; Kvåle & Brinkmann, 2009). Både hovudstudien og denne delstudien følgjer Helsinkideklarasjonen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2015) og retningslinjene frå NSD. Deltaking i rehabiliteringsprogrammet var frivillig og var basert på både munnleg og skriftleg informert samtykke (vedlegg 3). Intervensjonen innebar ikkje utprøving av kontroversielle metodar og deltakinga var gratis. Data vart anonymisert, koda og

lagra i høve til gjeldande retningslinjer for datalagring. Underteikna hadde kun tilgong til koda data og dermed kunne ikkje deltakarane identifiserast, slik at dette er innan regelverket.

6.0 Resultat

Hovudmålet med denne studien var å få fram unge kreftoverlevarar si erfaring med bruk av KT i eit rehabiliteringsprogram. På fyrste rehabiliteringsopphald fekk deltakarane opplæring i bruk av KT gjennom det psykoedukative programmet. Resultata byggjer på deltakarane sine erfaringar på andre reopphald, altså etter seks månader. Analysa av intervjuar tydeleggjorde to hovudtema knytta til deltakarane sine erfaringar med bruk av KT, nemleg «kognitiv terapi som reiskap» og «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi». I analysa kom det også fram at kvart av hovudtema inkluderte ulike nyansar, som blir forklart gjennom ulike undertema. Både hovudtema og undertema blir utdjupa i det følgjande.

6.1 «Kognitiv terapi som reiskap»

Analysa viste at dei fleste av informantane snakka spontant om KT i intervjuar. Majoriteten gav til kjenne at KT hadde vore nyttig å lære, og omtalte metoden ofte som ein nyttig reiskap i eigen rehabiliteringsprosess. Følgjande utsagn eksemplifiserar dette:

«Faktisk, så er det et veldig godt hjelpemiddel. Som.....ja, som har lært meg masse i hvert fall. Så jeg kommer til å bruke det videre og, det gjør jeg» (informant 19).

«Jeg tror nok det har vært et verktøy. Jeg tør nesten ikke tenke på det hvis jeg ikke hadde vært innom her (ler)» (informant 7).

Analysa viste imidlertid også at nokre få av informantane ikkje såg KT som ein nyttig reiskap for seg sjølv, men at dei likevel såg at KT var ein reiskap som kunne vere hensiktsmessig. Dette poenget kan illustrerast ved følgjande utsagn:

«Nei, jeg tror ikke jeg har brukt det så... nei. Men, jo da den hadde kanskje vært til litt hjelp av og til Jeg vil jo langt i fra si at det var bortkastet altså» (informant 10).

Gjennom analysa kom det fram at «kognitiv terapi som reiskap» vart utdjupa gjennom tre undertema, nemleg «opplæring», «oppfølging» og «internalisering».

6.1.1 «Opplæring»

Skal ein reiskap bli opplevd som god og nyttig, må brukaren lære seg reiskapen for å kunne gjere seg nytte av den. Analysa av intervjuar viste at mange informantar trakk fram nettopp ulike akspekt ved opplæring i bruk av KT. Sjølv opplæringa i KT hadde som mål å gi kunnskap og forståing av samanhengar i den kognitive modellen, samt å lære deltakarane bruken av 5 kolonnarskjema. Skjemaet er reiskapen for å revurdere negative automatiske tankar. Opplæringa fokuserte fyrst på å skrive ned konstruerte dømer, men etter kvart eigne, reelle dømer, med mål om å kunne automatisere bruken. Majoriteten gav uttrykk for at skulle KT vere ein nyttig reiskap, så krevde dette god opplæring. Ein deltakar uttrykte dette slik:

«Fordi da får du et verktøy....og du skal lære å bruke det . Og det trenger opplæring»
(informant 6).

Fleire omtala at nettopp opplæringa gav dei meir kunnskap og betre forståing av kva kognitiv terapi var. Dei uttrykte at denne kunnskapen om kognitiv terapi var hensiktsmessig og noko dei også kunne bruke vidare i livet. Dette er illustrert ved følgjande utsagn:

«Det hjalp meg mye, selv om jeg syntes at kognitiv terapi... (rister på hodet), men det hjalp. Det hjalp. Og det å ha FAKTA, hvordan det funker og sånne ting, å ha kunnskapene og. Ja, jeg har jo skjont senere at kunnskap er bra og det kan hjelpe meg mye på veien til et liv...»
(informant 20).

Dei fleste deltakarane understreka at det å få kunnskap og å bli bevisst korleis automatiske tankar, følelsar, kroppslege reaksjonar og adferd hang saman i den kognitive modellen, var sentralt. For å kunne nytte seg av reiskapen, må ein fyrst forstå og bli bevisst desse samanhengane. For fleire deltakarar var bevisstgjeringa gjennom opplæringa, i seg sjølv nyttig, slik som dette utsagnet illustrerte:

«Jeg vet jeg burde innom den praktiske delen, - og praktisere. Den er vanskelig, men kjempedeilig- det er bare deilig å være aware of it!» (informant 13).

Analyse viste imidlertid at mange erfarte det å skrive ned eigne og andre sine dømer i 5-kolonnarskjemaet som eit viktig aspekt i opplæringa. Nokre deltakarar uttrykte at dei hadde jobba med opplæringa slik som psykoedukasjonen la opp til. Det vil seie at dei fyrst jobba med innlæringa gjennom å skrive ned aktuelle dømer i 5-kolonnarskjemaet, for så å frigjere seg meir frå skjemaet etter kvart. Følgjande utsagn viste dette:

«Ja, jeg skriver ikke, jeg skrev i begynnelsen, men nå tenker jeg.. For å si det enkelt da, så prøver jeg å tenke alternativer» (informant 2).

For nokon av deltakarane var kognitiv terapi kjent frå tidlegare og derfor lettare å praktisere, enn for andre. Nokre av desse opplevde ikkje behov for å skrive ned dømer så sentralt i opplæringa. Dei berre «tenkte slik» som ein allereie naturleg del av tankemønster et sitt, slik som denne informanten fortalde:

«Nei, jeg skriver ikke ned, jeg bruker det, har tatt det inn i meg. Jeg har trent meg på meg selv, indre trening føler jeg» (informant 4).

Som følge av at deltakarane blei bevisst på samanhengane i den kognitive modellen, så kom det også fram at dei hadde behov for øving og repetisjon for å kunne nytte seg av reiskapen kognitiv terapi. Opplæringa la opp til skriftlege «heimeoppgåver» individuelt og i grupper. I analysa kom det til uttrykk at det var mange som opplevde det utfordrande å skrive ned eigne dømer, noko følgjande 2 utsagn vitnar om:

«Det blir mest bare tanker Jeg har prøvd å skrive det ned, men får det ikke formulert så....» (informant 11).

«Jaaa, og sette det på papiret da følte jeg meg bare litt teit» (informant 13).

I tillegg til skjema, fekk deltakarane også ei bok som omhandlar kognitiv terapi; «Sjef i eget liv» av Wilhelmsen (2005). Aktuelle kapittel i boka vart knytt til tema i opplæringa.

Deltakarane gav ulike kommentarar kring bruk av litteratur knytta til opplæringa. Fleire deltakarar gav uttrykk for at bruk av boka i tillegg til den praktiske opplæringa var greit. Nokre etterlyste i tillegg at ein kunne fått informasjon og råd om anna relevant litteratur, slik som denne informanten sa det:

«At sånn at her kan dere lese MER, og nå skal vi lære dette skjemaet her og ikkje noe mer, ikke ha noe forventinger og ikke vær utålmodig. Det er dette vi skal (smiler). Og så her er det mer dere kan lese» (informant 17).

Eit fåtal av deltakarane gav uttrykk for meir ambivalens knytt til utbyte ved bruk av boka i opplæringa. Nokre av deltakarane opplevde boka for omfattande, andre hadde vanskeleg for å konsentrere seg og å lese. Nokon få stilte spørsmål ved at boka ikkje berre omhandla kreft spesifikt . Her er eit eksempel på korleis ein deltakar omtalta bruk av boka:

«Ja, i forhold til den boken så.. Jeg tror det var veldig mange av oss som leste den, men det å lese side opp og side ned ..det tror jeg ikke ble den rette forståelsen av det. Så fort da..... Kortere og lettere og kanskje.. heller gå mer inn i det på et senere tidspunkt. Men nå har jeg jo og brukt det veldig lite. De som har brukt det mer, kan hende de har hatt mer utbytte av boken og» (informant 6).

6.1.2 «Oppfølging»

Analysa av intervju viste at temaet «oppfølging» var eit viktig undertema til temaet «kognitiv terapi som reiskap». Fleire informantar uttrykte behov for oppfølging over tid. Gjennom analysa viste det seg at nokre deltakarar uttrykte eit større ynskje om oppfølging enn andre. Majoriteten av deltakarane gav uttrykk for at tid var eit viktig aspekt i oppfølging. For fleire deltakarar handla dette om at opplæringa måtte få synke inn, og at øving og fokus over tid var viktig for å meistre bruken av kognitiv terapi. Dette vart blant anna formidla slik:

«Jo, altså, det må følges opp såpass lenge hvis du skal bruke den kognitive tanken, så må du liksom ha litt tid for å la det synke inn» (informant 4).

I kontrast til dette, var det nokre få av deltakarane som tidvis var motvilleg til kognitiv terapi. Det å skulle «opne opp» og ta tak i utfordringane vedkommande opplevde, var for nokon krevjande. Nokre opplevde at ved å bruke denne reiskapen, så kunne det bli for mykje «dveling» ved vanskelege ting. Eit fåtal ytra at dei ville ikkje ha særleg fokus og oppfølging, då det vart krevjande. Følgjande utsagnet eksemplifiserar det:

«Jeg hadde liksom ikke lyst til å.. dvele så masse ved det å... puh...å gå gjennom de der...» (informant 8).

Analysa viste at ein del av informantane hadde meir behov for tettare oppfølging. Nokre hadde behov for å bli «pressa» med tanke på å jobbe med opplæringa, for aktivt å kunne jobbe med eigne utfordringar. Den same informanten som på den eine sida ikkje ynskja å dvele ved vanskelege ting, gav på andre sida uttrykk for at det var greit å bli «pressa» til å ta tak i utfordringane. Denne oppfølginga verka for vedkommande konstruktivt:

«Men jeg synes det har vært veldig bra å bli litt tvunget til å... ja, behandle det selv da. Ta tak i tingene og jobbe litt konstruktivt med det» (informant 8).

På bakgrunn av uttrykte ynskjer eller behov, fekk nokre deltakarar tilbod om individuell oppfølging under rehabiliteringsopphalda. Det var ikkje alle deltakarane som ville dele sine problem og utfordringar i gruppa. Typiske tema som vart fulgt opp individuelt var problemstillingar kring fertilitet, sosial angst og dødsangst/ frykt for tilbakefall. Nokre få av deltakarane uttrykte også at dei opplevde behov for vidare oppfølging lokalt etter opphalda:

«Nei, jeg tenker at jeg nok kanskje skulle ha fått noe sånn psykologhjelp. Legen min har jo sjekket ut og funnet to som driver med kognitiv terapi» (informant 2).

Når det kom til oppfølging, så viste det seg også at moglegheit for vegleiiing i høve til opplevde situasjonar mellom opphalda var viktig for nokon. Eksempelvis hadde ein deltakar strevd med ein spesifikk situasjon i heimeperioden. Vedkommande tok opp situasjonen som døme i sesjonen med kognitiv terapi. Gjennom vegleiiing og refleksjon saman med gruppa, opplevde då deltakaren utbyte av reiskapen, noko vedkommande uttrykte slik:

«Jeg tok det opp som en av de eksemplene i kognitiv terapi, så da fikk jeg tenkt litt annerledes» (informant 13).

Sjølv om alle deltakarane hadde minst ein sesjon med kognitiv terapi på reopphalda, var det fleire av deltakarane som etterlyste meir oppfølging og tid til kognitiv terapi enn dei faktisk fekk, som til dømes denne informanten:

«Du trenger litt tid, men det er jo veldig enkelt, simpelt. Det er jo ikke slik at du trenger flere timer på å skjønne hva det er for noe. Bare at du trenger øvelsesgreier og kanskje og på andre reopphold at det hadde vært tatt opp litt mer..... Jeg ville ha satt litt mer fokus på den tankemåten. Ikke bare fokus, men litt mer sånn oppfølging» (informant 13).

6.1.3 «Internalisering»

«Internalisering» var eit anna viktig undertema til «kognitiv terapi som reiskap». Dette temaet omhandla at deltakarane hadde internalisert bruken av kognitiv terapi på ulike måtar.

Majoriteten av informantane gav umiddelbart inntrykk av at dei hadde kognitiv terapi i bakhovudet, utan nødvendigvis å tenke bevisst på det, eller å skrive ned aktuelle problemstillingar, slik som dette utsagnet skildrar:

«Jeg har ikke brukt det noe bevisst, det har jeg ikke..... Det.... Jeg vet ikke. Jeg har jo tenkt på det, men ikke satt meg ned og laget sånne skjema. Det har jeg ikke» (informant 6).

Til tross for at mange uttrykte at dei hadde kognitiv terapi i bakhovudet, og ikkje nødvendigvis nytta det bevisst, så var det også fleire av deltakarane som brukte kognitiv terapi bevisst og aktivt. Dei brukte 5- kolumnerskjemaet, skreiv ned aktuelle situasjonar og jobba aktivt med internalisering av kognitiv terapi, slik som denne informanten:

«Mmmmm, har skrevet og... på det der skjemaet, fordi at på et tidspunkt så oppdaget jeg at jeg tenkte veldig negativt om meg selv og at jeg ikke KLARTE ting» (informant 17).

I kontrast til denne bevisste bruken, var det også fleire deltakarar som sa at dei ikkje brukte kognitiv terapi så bevisst og aktivt, men at dei brukte det meir ubevisst. Til dømes ein deltakar som opplevde at auka smerter i kroppen under eksamensarbeid, noko som sette i sving tankar om tilbakefall og gjorde ho usikker og opprørt. Informanten svara slik på spørsmål om bruk av kognitiv terapi i denne situasjonen:

«Nå tenkte jeg vel ikke akkurat sånn... spesifikt på at jeg skulle bruke det, men jeg sa til meg selv at nå må du.... Ja, det gjorde jeg og så sa jeg til meg selv at nå må du faktisk ta deg en pære, som vi sier. Nå må du bare roe deg ned og ikke øse deg så veldig opp. Liksom at dette her kommer av at det er mye stress og at du sitter mye i ro og sånt. Jeg klarte å tenke sånn..ja, det gjorde jeg og det hjalp jo» (informant 19).

Nokre av dei som gav uttrykk av at dei hadde internalisert kognitiv terapi utan å skrive ned, hadde også vore borti kognitiv terapi frå før, eller allereie tenkt litt slik frå før. Nokre få opplevde at dei før opplæringa hadde kognitiv terapi internalisert, men at dei ikkje var klar over at det var den teknikken dei nytta seg av, slik som denne informanten:

«Og det med kognitiv terapi, det har jeg jo brukt temmelig mye fra før, men egentlig aldri vært noe bevisst på den metoden» (informant 20).

Utsagna over tyder på at bruk av kognitiv terapi i ulik grad var internalisert. Reiskapen vart nytta både bevisst og ubevisst, og ein kombinasjon av dette synes å vere vanleg. Analysa viste at grad av internalisering og bevisst/ ubevisst bruk av reiskapen, gjerne hang saman med kva problemstillingar deltakarane strevde med og i kor stor grad denne påverka informanten. Analysa tyder på at majoriteten brukte kognitiv terapi, eller element av teknikken, i meir eller mindre bevisst grad, som tydleg illustrert i følgjande utsagn:

«Jeg har jo det. Altså jeg har jo ...kanskje både bevisst og ubevisst» (informant 7).

6.2 «Nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi»

For at ein reiskap skal opplevast som god og nyttig, må brukaren erfare at det har ein verdi knytt til eigne utfordringar som ein søker å løyse ved å bruke reiskapen. Gjennom analysa blei dette tydeleg, sidan «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi» kom fram som eit hovudtema. Dette begrepet omhandla ulike aspekt av nytte som informanten opplevde ved bruk av kognitiv terapi. Vidare analyse avdekkja at deltakarane relaterte nytteverdien av kognitiv terapi i hovudsak til 3 undertema, nemleg «endra tankemønster», «innsikt og aksept» og «handtere ny livssituasjon».

6.2.1 «Endra tankemønster»

Majoriteten av deltakarane uttrykte at opplæringa i kognitiv terapi hadde ført til ei endring i eige tankemønster. Dette blei utdjupa ved at deltakarane opplevde i større grad å oppdage sine negative automatiske tankar (NAT) enn før, og derved fekk ei auka bevisstheit knytta til dette. Ein informant uttrykte denne oppdaginga slik:

«For i det minste nå så tar jeg meg selv i å tenke feil, holdt jeg på å si, om ting. Ja, automatiske tanker som kommer og da TAR jeg meg selv i det i det minste» (informant 13).

Fleire informantar gav uttrykk for at ein ved å lære kognitiv terapi, hadde moglegheit til å kjenne igjen negative tankar og der igjennom vere bevisst kva tankar som gav utfordringar. Det var tydeleg i analysa at det ikkje nødvendigvis var enkelt å «løyse» utfordringane, men at ein ved å kjenne igjen NAT hadde ein føresetnad for å kunne endre tankemønsteret sitt:

«Ja, så nå kan jeg kjenne igjen det når det kommer, men jeg må jo jobbe veldig mye mer med det» (informant 17).

Ein del deltakarar uttrykte at ved å vere bevisst sine negative automatiske tankar hadde ein moglegheit for å endre dei. Nokre oppdaga at ved å skrive ned den aktuelle situasjonen, så vart det tydeleg at tankane ikkje var verdt å forholde seg til og hending vart ikkje så betydningsfulle. Til dømes denne informanten som hadde strevd med ein kvar dagsleg situasjon og ved å bruke 5- kolonnarskjema vart det tydeleg at den negative automatiske tanken ikkje var verdt å bry seg med:

«Og så satte jeg meg ned for å gjøre det den ene gangen, men så følte jeg meg så TEIT, for det var bare sånne TEITE ting! Eh.. Sånne teite hendelser som jeg vet i ettertid, bare jeg

setter meg ned og skriver om det. At det var ikke noe verd å tenke på det en gang når jeg ser det» (informant 13).

Analysa viste også at nokre av dei som gav uttrykk for at dei som hadde internalisert kognitiv terapi, faktisk opplevde at ved å bruke teknikken, så vart dei negative automatiske tankane svakare og mindre betydningsfulle. Ein informant som lenge hadde strevd med tvangstankar, hadde erfart at kognitiv terapi var nyttig for å endre tankemønsteret og at tvangstankane mista noko av krafta si og vedkommande fekk kontroll:

«Jeg kom lett inn i det der kognitive og endre tankemønsteret. Men det var veldig mye jobben der det gikk ut på. Så egentlig... jeg hadde ikke trodd at de tvangstankene skulle forsvinne så lett. De er der ennå, men jeg tar de ikke så alvorlig liksom» « Det blir mindre og mindre, vet du, så jeg styrer» (informant 5).

Bekymring, tankar og følelsar kring faren for tilbakefall viste seg å vere utfordrande for mange. Dette var spesielt knytt til oppfølging og kontrollar, ved at vanskelege tankar og følelsar vart meir utprega når det nærma seg kontroll. Det kunne vere ubehag knytt til sjølve kontrollen. For ein del av deltakarane framkalla kontrollen minner frå behandlinga, og dei kunne kjenne på fysiske symptom som kvalme, svette og uro i kroppen. Andre vart meir prega av angsten for tilbakefall, og kva resultat dei ville få på kontrollen. Døme med frykt for tilbakefall og ubehag ved kontrollar dukka opp i alle gruppene, og vart derfor nytta som eksempel i psykoedukasjonen. Fleire gav til kjenne at kognitiv terapi var ein nyttig reiskap relatert til å tenke meir hensiktsmessig om kontrollar og frykt for tilbakefall, noko denne informantten uttrykte:

«Jeg tenkte en del på det da jeg skulle ha denne kontrollen..... Det som på en måte er forskjellen er at du kan prøve Du kan snu tankene på en måte. At du.... At hvorfor er du så nervøs og.. ja. Og litt kanskje... å tenke litt mer .. Altså jeg prøver å ikke bekymre meg over ting som du faktisk ikke kan gjøre noe med» (informant 9).

Det såg også ut til at bruk av kognitiv terapi ikkje nødvendigvis endra at kontrollen vart opplevd stressande, men at eit endra tankemønster hadde nytte i høve til korleis deltakarane tenkte om eit eventuelt tilbakefall, og at dei klarte å tenke meir hensiktsmessig rundt dette. Utsagnet frå denne informantten illustrerar dette:

«Jeg prøver jo, jeg må jo prøve å tenke litt mer sånn hensiktsmessig at ikke (sukker). Det er jo ikke tilbakefall før det er tilbakefall, holdt jeg på å si...» (informant 3).

Strategien med å bekymre seg og gruble, var hjå nokre deltakarar utprega, og ikkje berre knytt til tilbakefall. Eksempelvis var det ein informant som brukte svært mykje energi på å bekymre seg for framtidige val iht utdanning, busituasjon ol. Vedkommande opplevde auka energinivå ved å endre tankemønsteret sitt ifrå å gi bekymring stor plass, til faktisk å kunne bruke energien på andre ting:

«For første gang så lærte jeg det der med at er det så lurt å bekymre seg sånn hele tiden? Nå har jeg lært at jeg kan gjøre det 10 minutter hver dag (ler)» (informant 17).

Analysa viste også at kognitiv terapi hadde ein nytteverdi for deltakarane med tanke på å bli bevisst korleis ein tolkar situasjonar og korleis ein blir påverka av tankemønsteret sitt. Ein del deltakarar brukte mykje energi på å tolke situasjonar, og å tenke på kva andre meinte.

Bevisstgjerjing av eige tankemønster gav nokon informantar ein ny strategi i det å handtere til dømes kommentarer frå andre, slik som her:

«Og jeg merker at jeg bruker det hvis jeg har noe eller jeg tenker på et.. eller andre som sier noe negativt og dumt, så dumt, så spør jeg om det er noe poeng å bruke så mye energi på det» (informant 19).

Ein informant hadde til dømes strevd med sosial angst og derfor levd eit redusert sosialt liv, som i stor grad var begrensa av eigne tolkingar og tankemønster. Fokuset til vedkommande var kring kva andre tenkte, og ikkje kva vedkommande sjølv ynskja å fokusere på. Denne deltakaren brukte kognitiv terapi til å tillegge slikt tankemønster mindre vekt. Vedkommande opplevde at ved å endre tankemønster vart det enklare å halde fokuset på deg sjølv og ikkje la seg «stoppe» av uhensiktsmessige tolkingar og redsel for kva andre tenkte. Noko vedkommande formidla slik:

«Jeg vet ikke, stå opp om morgenen og trene og fokusere litt mer på meg selv og ikke være så redd for hva alle andre tenker og tror og...»

6.2.2 «Innsikt og aksept»

«Innsikt og aksept» var eit anna viktig undertema til det deltakarane skildra som nytteverdien av kognitiv terapi. Fleire av deltakarane gav uttrykk for at dei fekk auka innsikt og aksept av sin eigen situasjon gjennom det å lære, og å bruke kognitiv terapi. Denne auka innsikta og aksepten såg igjen ut til og vere viktig for at deltakarane kunne bearbeide det dei hadde vore

gjennom. Majoriteten av deltakarane hadde som omtalt over, opplevd endringar i tankemønster. Det at deltakarane oppdaga og vart bevisstgjort eige uhensiktsmessig tankemønster gjennom kognitiv terapi, gav nokre av dei rom for ny innsikt og aksept av situasjonen, her illustrert gjennom følgjande utsagn:

«JO, det MÅ ha hjulpet for istedenfor å prøve å fortrenge hele situasjonen, så har jeg heller prøvd å akseptere det og bare...la det være» (informant 11).

Fleire av deltakarane gav uttrykk for at det å jobbe med å akseptere sin nye livssituasjon var krevjande. Gjennom bevisstgjeringa av eige tankemønster vart det for nokre meir tydeleg at ein hadde lagt «lokk over» situasjonen, og auka innsikt gav rom for å «opne lokket» litt. Det å skulle opne opp og akseptere ein ny livssituasjon var vanskeleg for mange av deltakarane, som til dømes denne:

«ja, jeg tror ikke lokket er så stengt lenger. Men samtidig er det jo det og nå, at jeg griner jo og mye mer enn jeg gjorde før» (informant 7).

Auka innsikt og aksept gav for nokre deltakarar også ein nytteverdi i at andre utfordringar kom til syne. Dette kunne opplevast vanskeleg, men samstundes gav den nye innsikta moglegheit til bearbeiding. Informanten her fortalde at «gamle ting» kom fram igjen:

«Ja, det har vært en døråpner til andre følelser da som jeg har gjemt på i mange år (gråtkvalt)» (informant 4).

Det å oppleve seg «normal» og å oppleve at andre kreftoverlevarar også hadde liknande utfordringar i ein ny livssituasjon, var viktig for fleirtalet at deltakarane. Denne «normaliseringa» av tankar og følelsar bidrog for fleire til å skape auka innsikt, samt grunnlag for aksept, av den nye livssituasjonen. Følgjande utsagn vitnar om dette:

«Det er det å få bearbeidet de tankene og følelsene en liksom har mens en er her oppe. Det er jo da du på en måte får tid til å tenke skikkelig. De tankene er jo der etterpå og, men det å få bekreftet at du faktisk ikke er alene om å tenke sånn og....» (informant 19).

Nettopp ved at deltakarane gjennom auka innsikt opplevde normalisering av eigen situasjon, så viste analysa at mange deltakarar også opplevde auka trygghet og sjølvbilete. Deltakarane uttrykte at kreften hadde endra livet radikalt, der det å finne tilbake til trygghet og eit godt sjølvbilete var utfordrande. Fleire deltakarar påpeika at dei vel hjelp av kognitiv terapi hadde

klart å få tilbake noko av tryggheta og sjølvbilete. Utsagnet under viste imidlertid at det var ein krevjande og langvarig prosess:

«Klarer å fokusere riktig og unngå negative tanker og etter hvert som du på en måte, ja, du bare jobber jevnt og trutt med de tingene og påminnelsen om at du skal komme til målet, så klarer du å...ja, det er det med selvfølelsen rett og slett. For det negative og den dårlige greien i hodet, den blir på en måte svakere og svakere da» (informant 5).

Dårleg samvit vart også tydeleg relatert til undertemaet innsikt og aksept. Nokre av deltakarane gav uttrykk for at ein ikkje lenger strakk til på same måte som før kreftdiagnosa. Det var til dømes relatert til trening, sosialt liv, familie eller jobbsituasjon. Men ved å endre tankemønsteret, bli bevisst samanhengen mellom tankar og følelsar, opplevde fleire deltakarar auka innsikt aksept av eigen livssituasjon. Innsikt og aksept gav igjen rom for normalisering relatert til det vedkommande faktisk hadde vore i gjennom i sjukdoms- og behandlingsforløpet. Ein deltakar hadde til dømes mykje dårleg samvit for at ho ikkje orka å stille opp for familie og venner på same måte som før sjukdommen, noko vedkommande uttrykte slik:

«Jeg har jo dårlig samvittighet og synes det er vanskelig og sånn, men nå har jeg jo sett at det er jo slik for andre og..» (informant 17).

6.2.3 «Handtere ny livssituasjon»

Gjennom analysa kom det fram at «handtering av ny livssituasjon» var eit anna sentralt undertema til nytteverdien av kognitiv terapi. Samtlige informantar hadde gjennomgått ein sjukdomsperiode med påfølgjande behandling. For dei fleste hadde dette ført med seg omfattande endringar i livssituasjonen, relatert til for eksempel studie- / jobbsituasjon og sosialt liv. Deltakarane hadde hatt ulike kreftdiagnoser, dei fleste hadde gått gjennom kombinasjonsbehandling og gjennomsnittleg behandlingstid hadde vore ca 22 mnd (jfr Tabell 2). Gjennom analysa kom det fram fleire aspekt relatert til det å handtere sin nye livssituasjon, blant anna fatigue og aktivitetsnivå, jobb og utdanning, familieliv, sosialt liv og handtering av reelle problem.

I likskap med mange kreftoverlevarar rapporterte samtlige informantar fatigue. Alle deltakarane erfarte at fatiguen gav dei store utfordringar i å meistre dagleglivet sine oppgåver etter at dei var ferdige med behandlinga. Mange av deltakarane opplevde at dei ikkje kunne

halde like høgt aktivitetsnivå som før, verken i jobb, sosialt eller når det kom til fysisk aktivitet på grunn av fatigue. Det å handtere og akseptere fatiguen, var derfor ein sentral del av det å handtere sin nye livssituasjon. Analysa viste at det å forstå og å normalisere denne uendelege trøttheita var svært viktig, der kognitiv terapi synte seg å hjelpe, noko som til dømes informant 3 uttrykte:

«det med den kognitive terapien har vel kanskje hjulpet meg litt til kanskje å innse det at den trøttheten og slitenheten som jeg har, kanskje ikke er så unormal heller»

Ved at deltakarane vart bevisste på at det kanskje ikkje var realistisk med same aktivitetsnivå som før grunna blant anna fatigue, så opplevde fleire at kognitiv terapi kunne vere nyttig i høve til å korrigere krava til seg sjølv, og ikkje minst det å bli merksam på eiga meistring. Ein informant formidla det slik:

«Jeg har lært at jeg må bli flinkere til å lytte til kroppen... og (sukker)... ikke stille SÅ høye krav til meg selv, men det tar litt tid...og DET er jo noe jeg og har lært i løpet av de rehabiliteringsoppholdene her, LÆRT veldig mye om meg selv.og blitt tryggere i og med at jeg SER jo at jeg mestrer ting»(informant 19).

For dei fleste deltakarane var noko av det viktigaste å kunne fungere i jobb/ utdanning igjen etter eit langt sjukefråvær. Analysa viste at fleire deltakarar hadde brukt kognitiv terapi for å realitetsorientere seg sjølv, samt for å korrigere eigne planar og mål relatert til den nye livssituasjonen. Nokre deltakarar trengte konkrete råd og vegleiing, og kombinert med eigen bruk av kognitiv terapi klarte dei dette, noko følgande utsagn illustrerar:

«Ja, og det at noen... pekte litt i retningen hvor jeg skulle gå henne og at jeg faktisk skulle trappe ned på jobb og få et større fokus på meg selv og ikke denne samvittighetsbiten. Det var vel det viktigste» (informant 12).

For fleire av deltakarane handla det altså om å senke eigne krav til arbeidsprosent/ studiemengde. Nokre uttrykte at bevisstgjerjing gjennom kognitiv terapi hadde nytteverdi relatert til det å heller ha fokuset på seg sjølv og eigen rehabiliteringsprosess, framfor å streve etter størst mogleg stillingsprosent. Andre hadde behov for å klare å sjå løysingar og ikkje berre utfordringane i den nye situasjonen. I den prosessen gav til dømes denne informanten uttrykk for at kognitiv terapi hadde nytteverdi, til tross for at det var krevjande:

«jeg ser at jeg har masse å jobbe med (ler). Det ser jeg. Gruer meg fortsatt veldig til jobben, men jeg tenker at jeg må få noen løsninger på det, så jeg er ikke sånn...» (Informant 4).

Analysa viste også at fleire av deltakarane, på bakgrunn av seineffektar som til dømes fatigue, smerter eller redusert hukommelse og konsentrasjon, måtte revurdere og legge nye planar for utdanning og arbeidsliv. Ein deltakar hadde eksempelvis drømt om ei heilt spesifikk yrkeskarriere sidan 6-årsalderen, og var godt i gong med dette studiet då sjukdommen inntraff. Seineffektane medførte imidlertid at vedkommande ikkje klarte å fylgje studiet og måtte endre studieplan. Dette var ei stor omvelting som krevde mykje energi, der kognitiv terapi viste seg å være svært nyttig i denne prosessen. Kognitiv terapi gav nytteverdi i høve til å halde fokus på eigne ressursar og meisting, samt i arbeidet med å korrigere eigne krav og forventingar. Følgjande utsagn uttrykker at dette var krevjande og at mange deltakarar kjente mykje frustrasjon rundt å handtere sin nye livssituasjon:

«Bare tanken på at jeg ikke skulle begynne på høgsolen til høsten. Så bare... oj... skitt..... Men det er jo veldig trist og, for jeg vet jo at jeg har veldig.. Og jeg har snakket med xx og, for jeg vet jo at jeg har veldig evner til det og. Men sånn som jeg sa til henne så nesten det verste er å gå der sånn hver dag og se at ok jeg klarer dette, men hvis jeg ikke var syk, før jeg var syk, SÅ klarte jeg det her. Så alt det, jeg blir liksom minnet på det jeg IKKE klarer!» (informant 17).

Det å handtere kvardagen igjen handla også om å komme i gong igjen med «normale» aktivitetar. Analysa viste at mange deltakarar erfarte store utfordringar knytta til å reetablere eitt sosialt liv etter kreftbehandlinga. Det å finne sin «plass» igjen i det sosiale miljøet, og det å handtere kvardagslege situasjonar var krevjande for mange. Særleg krevjande var det for deltakarar som strevde med angst og mykje negative tankar. Bevisstgjerung og bruk av kognitiv terapi hadde til dømes for denne informanten redusert angstnivået og vore til hjelp i å handtere ulike situasjonar i kvardagen:

«Jeg har ikke så mye angst. Mmmm...jeg slet mye med negative tanker.. Eller jeg liksom at jeg var sur eller... jeg visste ikkje hvordan jeg skulle forholde meg til situasjonene» (informant 18).

Enkelte av deltakarar hadde strevd med sosial angst både før og etter behandlinga. Ved å nytte kognitiv terapi, og som del av det, å eksponere seg for aktuelle sosiale situasjonar, opplevde

nokon av desse mindre angst i sosiale situasjonar. Dette opna for eit meir sosialt liv, som ein informant sa det:

«Det er ikke sånn stressfaktor og være ute blant mennesker heller...» (informant 11).

Eit anna aspekt som synte seg gjennom analysa, var at mange av problemstillingane informantane strevde med var vanskelege å «løyse» direkte ved kognitiv terapi. Aktuelle problemstillingar innebar ofte usikkerheit eller ein konsekvens deltakaren måtte leve med, til dømes varige fysiske endringar, uavklarte eller endelege avklarte spørsmål rundt til dømes fertilitet. Det kom fram at deltakarane opplevde at kognitiv terapi ikke nødvendigvis løyste slike problemstillingar, men at det gav nytteverdi i det å handtere tankar og følelsar knytt til slik utfordringar meir hensiktmessig. Til dømes denne deltakaren som hadde stor sorg knytt til sannsynleg infertilitet etter behandlinga:

«Jeg tenker at jeg har lært det med kognitiv terapi, og det har jo løftet meg opp fra..., jeg var jo rimelig langt nede i januar da jeg kom hit ifht den sorgbiten der, den føler jeg at jeg har fått ganske god hjelp til...opp til et visst punkt i alle fall» (informant 3).

7.0 Diskusjon

Hensikta med denne studien var å utforske dei erfaringane UVK gjorde seg ved bruk av KT i rehabiliteringsprogrammet «KaNo?». I dette kapittelet vil underteikna søkje å trekke fram dei mest sentrale resultata frå analysa og sjå desse i lys av tidlegare forskning og relevant teori. I analysa kom det fram to hovudtema, «kognitiv terapi som reiskap» og «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi», desse vil sjølvstakt bli tema for diskusjon. Relevante funn frå andre ulike aspekt som kom fram gjennom definerte undertema, vil også bli trekte inn i diskusjonen. Diskusjonsdelen blir avrunda med refleksjonar rundt studien sine metodologiske svakheiter og styrkjer.

7.1 «Kognitiv terapi som reiskap»

Gjennom analysa kom det tydeleg fram at majoriteten av deltakarane gav uttrykk for at dei opplevde KT som ein nyttig reiskap. Sjølv om det var variierende i kva grad deltakarane gjorde seg bevisst nytte av KT, gav dei fleste uttrykk for at det uansett bruk, hadde vore nyttig å lære seg denne reiskapen. Beck (2006) peika nettopp på at KT har som målsetting å gi hjelp til sjølvhjelp, altså vere ein reiskap som nyttast ved behov av individet sjølv. Luknes & McFarlane (2004) viser også til psykoedukasjon som blant anna det å gi kunnskap og reiskap for å meistre eigen situasjon. Funna tyder på at deltakarane opplevde at KT var ein reiskap som kan vere nyttig i rehabiliteringsprosessen. Tidlegare forskning støttar at KT som intervensjon kan styrkje nettopp meistring (Faller et. al., 2013; Juvet et. al., 2009). Både Bandura (1995) og Beck (2006) underbyggjer at KT er nyttig med tanke på meisting og utvikling av empowerment, relatert til store utfordringa, som kreftsjukdom- og behandling må seiast å vere. Deltakarane i studien bekreftar at KT kan vere ein nyttig reiskap i rehabiliteringsprosessen etter kreftsjukdom.

For å utdjupe hovudtemaet «kognitiv terapi som reiskap» kom det fram ulike aspekt, definerte i 3 undertema. Desse undertema underbyggjer kvifor majoriteten av deltakarane opplevde KT som ein nyttig reiskap. Dei tre undertema som utdjupa hovudtema, var «opplæring», «oppfølging» og «internalisering». Vidare vil desse tema blir diskutert.

Gjennomgåande kom det fram i analysa at auka kunnskap og forståing gjennom opplæring var viktig for å sjå KT som ein nyttig reiskap. Fleirtalet av deltakarane uttrykte at auka kunnskap og bevisstgjerjing av samanhengar, i seg sjølv var nyttig. Ved å forstå samanhengane, illustrert i den kognitive diamanten, mellom tankar, følelsar, adferd og kropp, opplevde fleire at det å vere «aware of it!» i seg sjølv var viktig. KT har sitt grunnlag i at pasienten nettopp ved å forstå desse samanhengane, kan løyse eller redusere problemet sitt (Beck, 2007). Det kom også fram at det å formulere og skrive ned egne og andre sine eksempel var viktig for mange. Ein del av deltakarane skreiv ned dømer, men det viste seg at dei fleste raskt gjekk over til «å tenke» istaden for å skrive ned konkrete dømer. Det kan tenkast å vere ulike årsaker til dette. Nokre deltakarar signaliserte at det var vanskeleg og utfordrande å skrive ned i skjemaet. Eitt av måla med 5 kolonnenskjemaet er jo nettopp å tydeleggjere samanhengar og å få fram dei ubehaglege tankane og følelsane (Berge & Repål, 2008), noko som også framkalla ubehag hjå ein del av deltakarane i studien. Campos et. al. (2011) og Smith et.al. (2013) påpeikar at UVK opplever fatigue som den mest invaderande seineffekten etter sjukdom og behandling. Fatigue kan sjølvstøtt vere ei medverkande årsak til at nokre deltakarar ikkje orka eller hadde

overskudd til å konsentrere seg og å konkretisere skriftlege dømer i heimeleksa. Opplæringa bestod også av «heimelekser», både lesing i «Sjef i eget liv» (Wilhelmsen, 2005) og skriftlege oppgåver i form av å skrive dømer i 5- kolonnarskjema. Det kom fram at nokre opplevde det det veldig «tungt» å lese boka. Mange av deltakarane strevde med fatigue og ofte tilhøyrande redusert hukommelse og konsentrasjon, noko som samsvarar med forskning (Campos et. al., 2011; Smith et. al., 2013). Dette gjorde sannsynlegvis heimeleksa med lesing ekstra krevjande for ein del av deltakarane. Det er mogleg ein burde lagt opp til kortare samanfatteringar og handplukka meir direkte relevant litteratur til gruppa og/ eller kvar enkelt deltakar. Andre deltakarar opplevde der imot at ein allereie hadde denne tenkemåten (KT) internalisert og at ein ikkje hadde behov for å skrive ned dømer. Dette vitnar kanskje om at KT er ein relativt «enkel» terapiform, som er strukturert og notidsretta (Beck, 2006), noko som kan bidra til at KT kan opplevast som «normal tankegang» og at det av den grunn blir «enkelt» for nokre å lære. På den andre sida kom det fram at sjølv om det var «enkelt» å forstå KT, så krevde bruken mykje øving og oppfølging over tid for ein del av deltakarane.

Vedrørande oppfølging av KT, så kom det fram lite overraskande utsagn. Det er vel å rekne som naturleg at det er noko sprik i kva behov deltakarane hadde for oppfølging med tanke på at utvalet var så variert. For nokre var KT heilt nytt, for andre meir kjent. Enkelte lærer raskare enn andre og nokre var meir mottakelege enn andre. Det var også nokre deltakarar som hadde behov for og/eller ytra ynskje om individuell oppfølging, noko som også er naturleg. Det som kom litt overraskande på underteikna, var at fleire uttrykte at det var lite, nesten ingen oppfølging med KT på reoppalda. Alle deltakarane hadde ein sesjon, og med moglegheit for å ta opp aktuelle spørsmål og evt be om individuell oppfølging. Bakgrunnen for at deltakarane opplevde det slik, er vanskeleg å forklare. Ei årsak kan kanskje ligge i at reoppalda var av kort varigheit (1 veke), medan innhaldet var stort. Deltakarane hadde mykje på programmet, og opplevde kanskje at det ikkje ville bli tid til «jobbe seg gjennom» evt problemstillingar dei ville ha tatt opp i KT- sesjonar eller individuelt. Ei anna årsak, kan vere at KT-sesjonen på reoppaldet var mindre «førehandsbestemt», deltakarane måtte sjølv formidle problemstillingar og utfordringar i større grad enn ved fyrste opphald. Det var bygd opp under at deltakarane sjølv skulle nytte KT som sjølvhjelp med evt rettleiing ved behov, noko som samsvarar med den praktiske bruken av KT (Berge & Repål, 2008). Sett med kritiske auger, så kunne strukturen kanskje vore strammare og tydlegare iht oppfølging av KT på reoppalda. Kanskje skulle det vore prioritert fleire samlingar, og endå meir bevisstheit frå fagpersonar rundt kven som eventuelt hadde behov for individuell oppfølging.

Når det kom til «internalisering» og bevisst/ ikkje bevisst bruk av KT, var det litt ulike tilbakemeldingar. Majoriteten gav uttrykk for at ein nytta KT i ei eller anna form; tenkte slik eller hadde det i bakhovudet. Dette signaliserar at fleirtalet hadde fått kunnskap nok til å forstå bruken av reiskapen, og at mange opplevde nytte av det til tross for at bruken ikkje alltid var bevisst. Likevel gav nokre uttrykk for at dei ikkje nytta KT, sjølv om det gjennom samtalen kom fram at tankemønsteret likevel bar preg av ei forståing av KT. Kvifor nokre meinte dei ikkje nytta KT, sjølv om utsagn vitna om at dei likevel gjorde det, kan ha ulike grunnar. Ein del var nok så kjent med denne måten å tenke på, at dei ikkje oppfatta nokon endring etter opplæringa, medan andre uttrykte at dei ikkje opplevde at dei hadde spesifikke problem i utgangspunktet.

Med bakgrunn i analysa kan ein oppsummere med at majoriteten hadde internalisert KT, eller element av teknikken i meir eller mindre bevisst grad. Dette viser at målet med opplæringa i KT vart nådd, då det var å gi deltakarane auka kunnskap og å lære å bruke ein reiskap til å meistre utfordringane sine. Det kom også fram at oppfølging og tid til innlæring var viktig med tanke på å internalisere og å lære bruken av KT. Dette samsvarar også med teorigrunnlaget i KT, som byggjer på å auke pasienten si forståing og føresetnadar for å meistre eigne utfordringar, altså hjelp til sjølvhjelp (Arendt & Rosenberg, 2012; Beck, 2007; Berge & Repål, 2008).

7.2 «Nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi»

Det andre hovudtemaet som kom tydeleg fram gjennom analysa, var «nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi». Underteikna ser dette temaet som spesielt viktig, då det er verdien for kvar enkelt deltakar som må sjåast som det viktigaste. Under dette temaet gjorde deltakarane det tydleg, kva dei opplevde som den praktiske, kvardagse nytten av å lære seg og evt å bruke KT som reiskap. Også her vart det definert tre undertema, «endra tankemønster», «innsikt og aksept» og «handtere ny livssituasjon», for å byggje under og utdjupe hovudtemaet.

Majoriteten av deltaktarane gav til kjenne at dei opplevde endringar i tankemønster etter opplæringa i KT. Det viktigast ved dette, var bevisstgjerjing og gjenkjening av eigne negative automtiske tankar. Deltakarane uttrykte at ved å bli bevisst eige tankemønster, hadde dei vidare ein føresetnad for å endre det som vart opplevd uhensiktsmessig. Dette samsvarar i høgste grad med teorien i KT, som peikar på oppdaging og bevisstggjering av eigne negative tanker som eitt sentralt element i det å kunne endre tankemønster (Beck, 2006). Kauth et. al.

(2010) peikar på dette som å undersøkje andre måtar å tenke om egne tankar på. Teori og praksis i KT støttar opp om denne bevisstgjeringa gjennom bruken av til dømes 5-kolonnerskjema. Skjemaet er eit hjelpemiddel for pasienten i arbeidet med å kartlegge og bevisstgjere seg sine negative automatiske tankar (Berge & Repål, 2008). Forsking viser også til at undervising, informasjon og opplæring i meistringsreiskap er ein sentral del i all psykoedukasjon (Luknes & McFarlane, 2004). Samstundes som nettopp denne delen av oppfølging etter kreftsjukdom, er etterlyst hjå UVK (Adolecent and Young Adult Oncology Review Group, 2006). På bakgrunn av dette, kan det seiast at deltakarane gir til kjenne at KT har vore nyttig gjennom det å bli bevisst egne uhensiktsmessige tankar, i tillegg til å vere ein reiskap som har hjelpe dei til å endre tankemønster ,og for fleire redusert angst, depresjon og fatigue. Dette samsvarar også med forskning som viser at KT har effekt på angst, depresjon (Kåresen & Wist, 2012; Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006) og fatigue (Eichler et. al., 2015; Gielissen, Verhagen & Bleijenbergh, 2007).

Resultata frå studien peikar også på at endra tankemønster viste seg nyttig relatert til daglege situasjonar i deltakarane sine liv. Fleire gav uttrykk for at bevisstgjeringa og fokus på tankemønster gjorde det lettare å handtere kvardagssituasjonar. Dette kunne eksempelvis vere korleis ein tolkar situasjonar og kva andre mennesker meiner og tenker. Nokre av deltakarane uttrykte at dei ved å endre tankemønster opplevde å legge mindre vekt på kva folk i omgjevnadane meiner og tenker. Dette gav rom for å gjennomføre ting dei ynskja, og ikkje minst å ha fokus på seg sjølv, framfor tolkinga av situasjonen og andre mennesker. I tillegg kom det fram at KT var nyttig i høve til meir krevjande utfordringar. Eksempel som vart presenterte i intervjuet, var utfordringar med tvangstankar og sosial angst. Det viste seg at aktuelle deltakarar opplevde at gjennom endra tankemønster, så vart tvangstankane mindre sterke og dei mista noko av verdien sin. Andre deltakarar opplevde at endra tankemønster hadde same effekt i høve til å handtere sosial angst. KT er anerkjent internasjonalt som ei effektiv behandling av både tvangsliding og sosial angst (Arendt & Rosenberg, 2012; Berge & Repål, 2008; Clark & Wells, 1995; Informed Health Online, 2013), noko som underbyggjer det deltakarane formidla. Forskinga peikar også på at KT er nyttig i relasjon til behandling av angst hjå kreftoverlevarar (Kåresen & Wist, 2012; Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006), noko som fleire av deltakarane streva med.

Det kom også tydeleg fram gjennom analysa, at bekymring og engstelse relatert til faren for tilbakefall av kreftsjukdom var utprega hjå fleire av deltakarane. Dette temaet kom opp i alle gruppene, og vart nytta som konkret døme ved innlæring av KT. Frykt for tilbakefall er ei

velkjent og stor utfordring for mange kreftoverleverar, noko som kan resultere i angst, stress og redusert livskvalitet (Simard et.al., 2013; Thewes et. al., 2012). Deltakarane gav uttrykk for at endra tankemønster kunne bidra til å tenke annleis om eit eventuelt tilbakefall og tenke meir hensiktsmessig om sjølve kontrollane. Dette er bekrefta av Lebel et. al. (2014), som fann at gruppebasert KT kan redusere frykt for tilbakefall. Erfaringa undervegs i prosjektet, var at nokre av deltakarane gav konkret tilbakemelding om opplevd endring relatert til kontrollar etter at dei hadde lært KT. Det som er viktig å få fram, og som også vart presisert for deltakarane i undervisninga, er at KT ikkje påverkar den reelle risikoen for tilbakefall. KT kan likevel vere nyttig med tanke på å oppleve mindre angst og ubehag, om ein klarar å endre tankane og/ eller til dømes flytte fokus til risikoen for at det *ikkje* er tilbakefall. Dette gav også deltakarane uttrykk for. KT endra ikkje det reelle problemet, men det hjalp ein til å handtere situasjonen meir hensiktsmessig. KT handlar om å tenke realistisk og hensiktsmessig, og ikkje positivt, då urealistisk tenking vi kunne redusere evna til å meistre aktuelle problem (Berge & Repål, 2010).

Mange av deltakarane i studien formidla også at KT var nyttig når det kom til innsikt og aksept av den nye situasjon etter sjukdom og behandling. Det kom til uttrykk at bevisstgjerjing av samanhengar i den kognitive modellen gav rom for innsikt i eigen situasjon. Det å oppleve å ha moglegheit til sjølv å påvirke/ endre eigne tankar og derav meistre eigen situasjon, er eit sentralt mål i KT (Beck, 2006; Berge & Repål, 2008). Denne auka innsikta skapte moglegheit for aksept, og fleire omtala at det var viktig for å bearbeide heile prosessen. Gjennom auka innsikt og aksept opplevde fleire endringar i tankemønster, til dømes knytt til normalisering og betre sjølvbiletet og trygghet. Forsking omtalar nettopp bekymring knytt til eige sjølvbiletet og trygghet som ei ekstra byrde hjå UVK (Abrams, Hazen & Penson, 2007; Handberg, Nielsen & Lomberg, 2014). Dette vil kunne påverke livskvalitet i negativ retning. KT har vist seg å ha effekt nettopp relatert til positiv effekt på livskvalitet (Juvet et. al., 2009; Korstjens, 2008; May et. al., 2009). Nokre deltakarar opplevde at blant anna opplæring i KT var ein viktig faktor i det å «opne på lokket». Fleire gav til kjenne at dei hadde «lagt lokk på» heile sjukdomsprosessen og andre hadde også distansert seg frå andre tidlegare tøff opplevingar. Det kom tydeleg fram at det var krejvande å «opne opp», men at dei opplevde det som viktig og at dei hadde fått innsikt og aksept for situasjonen sin. Det kom fram at KT var ein nyttig reiskap i å handtere desse vanskelege tankane og følelsane. Det er tydeleggjort gjennom forskning, at UVK har behov for å bli møtt, sett og gitt aksept for situasjonen sin, samstundes som dei etterlyser informasjon og førebuing til livet etter sjukdom og behandling

(Adolescent and Young Adult Oncology Review Group, 2006). Hauken et. al. (2013) viser at UVK opplever å bli dårleg førebudd på overgangen frå kreftpasient til kreftoverlevar ved manglande, dårleg informasjon og oppfølging. UVK uttrykker at dei opplever seg i «ingenmannsland» etter endt behandling. Deltakarane i denne studien bekreftar at auka innsikt og aksept av eigen situasjon, samt forståinga av at ein sjølv kan meistre situasjonen, er noko av nytten ved å lære KT i rehabiliteringsprosessen.

Alle deltakarane opplevde endringar i livssituasjonen som følgje av kreftsjukdommen og den påfølgjande behandlinga. Nokre deltakarar opplevde omfattande endringar, medan andre uttrykte mindre endringar. Majoriteten gav likevel uttrykk for at KT gav nytte i det å handtere fleire ulike delar av denne nye livssituasjonen deltakarane opplevde. Det som var mest framtrødande, var opplevinga deltakarane hadde av fatigue, og korleis det begrensa livet på svært mange områder. Fatigue som seineffekt etter kreftsjukdom- og behandling, er peika på som den meste invaderande effekten hjå UVK (Campos et. al., 2011; Smith et. al., 2013). Det er gjort ein del forskning på KT og fatigue hjå kreftpasientar. Eichler et. al. (2015) konkluderar med at kortvarig gruppebasert KT gir klinisk relevant betring av fatigue. At KT har effekt relatert til fatigue er vist av fleire tidlegare (Gielissen et. al., 2006; Goendrop et. al., 2009), i tillegg viste ei oppfølgjingsstudie at dei positive effektane av KT vart i 2 år etter endt behandling (Gielissen, Verhagen & Bleijenbergh, 2007). Resultata frå denne studien tyder på at KT kan ha ei betydning for opplevd fatigue, noko som underbyggjer resultata frå doktorgradsarbeidet der deltakarane rapporterte signifikant reduksjon i fatigue etter endt rehabiliteringsopphald (Hauken, Holsen, Fismen & Larsen, 2014). Dette er fyrst og fremst relatert til det å meistre å korrigere og justere eigne krav til seg sjølv, nettopp relatert til tidlegare aktivitets- og deltakingsnivå.

Det med å korrigere eigne krav relatert til endra livssituasjon, viste seg også utfordrande i relasjon til studie- og arbeidssituasjon. Mange av deltakarane opplevde utfordringar med å komme tilbake til studiar og jobb, og ikkje minst å meistre same arbeidsmengde som før sjukdommen. Studie- og yrkesmessige utfordringar hjå kreftoverlevarar er også bekrefta gjennom forskning (Albritton et. al., 2006; Brearly et. al., 2014). Det kom fram at fleire deltakarar opplevde bruk av KT som nyttig i det å realitetsorientere seg, og å handtere det ubehaget mange opplevde ved faktisk å måtte endre/ justere eigne mål og krav. KT byggjer i stor grad på at individet strukturerer verda si gjennom kognisjonar og at desse er danna på bakgrunn av førestillingar og tidlegare erfaringar (Beck, 2006). Dette kan vere ei forklaring på kvifor det er så utfordrande når individet plutsleg ikkje meistrar situasjonar og «krav» som

ein tidlegare handterte utan å tenke over det. KT er utvikla med mål om å bidra til å forstå og sjå samanhengane, nettopp for å redusere individet sine plager (Arendt & Rosenberg, 2012). Analysa frå studien synte at fleire deltakarar opplevde at KT var nyttig i å handtere slike uønska endringar og nye utfordringar på ein meir hensiktsmessig måte.

Ei anna utfordring fleire deltakarar streva med å handtere, var å reetablere sitt sosiale liv etter sjukdomsperioden. Dette samsvarar med forskning som viser at UVK blant anna oppgir eit redusert sosialt aktivietsnivå (Hall et. al., 2012; Institute of Medicine, 2013). Dette hadde bakgrunn i ulike former for seineffektar etter behandlinga. Ein del av deltakarane gav til kjenne at dei opplevde angst, depresjon og usikkerheit, noko som er vanlege seineffektar hjå alle kreftoverleverar, men spesielt hjå UVK (Institute of Medicine, 2013; Zebrack & Butler, 2012). Slike psykososiale seineffektar påverkar sjølvstilt sosialt liv. I intervjuet kom det fram at KT var nyttig i høve til å tørre å utfordre seg, utsette seg for eksponering og derav oppleve redusert angst i til dømes sosiale situasjonar. KT er anerkjent som behandling av angst og depresjon generelt (Arendt og Rosenberg, 2012; Berge & Repål, 2008), i tillegg peikar Osborn, Demoncada & Feuerstein (2006) og Kårensen og Wist (2012) på at KT har effekt på angst- og depresjonsproblem hjå kreftoverleverar. Yeh et. al. (2014) viser også til blant anna KT som ein lovande intervensjon for å redusere engstelse hjå kreftpasientar. Dette støttar opp om det deltakarane formidlar om KT som nyttig for å handtere emosjonelle utfordringar i kvardagen etter kreftsjukdom- og behandling.

Det siste aspektet som tydeleg vart formidla av deltakarane, var handtering av «uløyslege» problem. Fleire av desse UVK møtte problemstillingar som innbar uavklarte eller endelege konsekvensar av behandlinga. Eksempelvis var uavklarte spørsmål rundt fertilitet eller sorg knytt til å bli infertil eitt vanskeleg, men viktig tema for nokre deltakarar, noko som samsvarar med forskning på området (Fosså & Dahl, 2008; Howard- Anderson et. al., 2012). Det som kom fram i analysa, var at slike utfordringar ikkje lot seg «løyse» gjennom bruk av KT. Derimot opplevde nokre deltakarar at dei handterte ubehaget og tankane meir hensiktsmessig om dei brukte KT på desse problema. Dette er også trekt fram i teorien om KT. KT handlar om å tenke hensiktsmessig og realistisk, og å søkje andre alternative tankar og løysingar på utfordringa ein står ovanfor (Berge & Repål, 2010; Kauth et. al., 2010).

På bakgrunn av dette, kan ein oppsummere med at deltakarane opplevde nytteverdi av å lære seg og å bruke KT som reiskap. I analysa kom det fram ulike områder der deltakarane gav til kjenne nytte av å bruke KT. Det var blant anna relatert til utfordringar som det å handtere

endringar i aktivitets- og deltakingsnivå, fatigue, angst, depresjon og frykt for tilbakefall, samt ulike kvardags problemstillingar. Deltakarane i studien presenterar utfordringar som samsvarar med forskning i høve til opplevinga av seineffektar, og ikkje minst tyder resultatane på at KT kan vere nyttig i rehabiliteringsprosessen, noko også tidlegare forskning har peika på.

Det at deltakarane opplevde nytteverdi ved å lære, og å bruke KT i rehabiliteringsprogrammet, kan nok også knyttast til sjølvpsykoedukasjonen.

Psykoedukasjonen var lagt opp til å ta utgangspunkt i deltakarane sine reelle behov, noko som kan bidra til å gjere reiskapen meir relevant og syneleg nyttig for deltakarane. Det kom også fram at det å møte andre i tilsvarende situasjon og å kunne ta opp utfordrande problemstillingar, var viktig for å normalisere deltakarane sin oppfatning, tankar og følelsar. Det var greit å ikkje alltid ville snakke om eller dele egne erfaringar eller utfordringar, men gjennom å høyre andre deltakarar sine perspektiv, kunne alle deltakarane likevel få utbytte av den gruppebaserte psykoedukasjonen. Forskning peikar også på positive effektar av gruppebasert undervisning generelt (Austvoll- Dahlgren et. al., 2011), og Lebel et. al. (2014) viser til effekt av gruppebasert KT relatert til frykt for tilbakefall medan Eichler et. al. (2015) viser til positive effektar på fatigue ved gruppebasert KT. I tillegg kan noko av suksesskriteriet ligge i tilbodet om individuell oppfølging, der blant anna Osborn, Demoncada & Feuerstein (2006) viser at individuell KT har best effekt relatert til angst og depresjon. Denne «opne» strukturen i opplæring og bruken av KT, der deltakarane sine behov skulle styre tilbodet både vedrørande ein del av innhaldet i gruppesesjonane og med tanke på individuell oppfølging, kan virke som hensiktsmessig med tanke på deltakarane si oppleving av nytteverdien ved bruk av KT.

7.3 Metodologiske refleksjonar

Denne kvalitative studien, har som alle andre studiar, sjølv sagt sine metodologiske styrkjer og svakheiter. Aktuelle styrkjer og svakheiter er viktig å belyse, og undertekna vil her presentere sine metodologiske refleksjonar.

Denne studien er del av eit større prosjekt som omfatta eitt heilheitleg rehabiliteringstilbod til deltakarane. Ein av styrkjene ved «KaNo?» - prosjektet var nettopp det komplekse innhaldet i programmet, som møtte dei nyaste anbefalingane innan kreftrehabilitering (Hellbom et. al., 2011; Juvet et. al., 2009). Denne kompleksiteten kan på andre sida representere ei utfordring, ved å gjere det vanskeleg å evaluere effektane og å kontrollere for eventuelle feilkjelder.

Kompleksiteten i rehabiliteringstilbudet vil også kunne gi utfordringar relatert til denne studien. Det vil vere sannsynleg at fleire ulike element av det komplekse tilbudet påverkar deltakarane si totaloppleving. Ein kan derfor seie at resultata som kjem fram knytt til aktuelle problemstilling, må sjåast i lys av heilheita i rehabiliteringstilbudet, og at ein ikkje kan trekke erfaringane knytt til kognitiv terapi ut ifrå «total-konteksten».

Intervensjonen var gjennomført i 5 ulike grupper, noko som kan reise spørsmål om alle gruppene fekk den same intervensjonen (Gray, 2009). Det var underteikna som gjennomførte alle sesjonane med KT i alle gruppene, og ho var kjent med innhaldet gjennom dagleg praksis ved rehabiliteringssenteret. Doktorgradskandidaten gav underteikna informasjon og innføring i heile prosjektet, samt presiserte viktigheita av lik intervensjon for alle, på førehand. Sjølv om underteikna var kjent med intervensjonen på førehand, er det ein moglegheit at ein modna undervegs frå fyrste til siste gruppe (Gray, 2009). Dersom det skjedde, er det sannsynleg at det vart kompensert for ved reopphalda.

I kvalitative studiar undersøker ein typisk små utval, men ein ynskjer å kome i djupna og framskaffe rikhaldig informasjon om eit fenomen (Creswell, 2007; Malterud, 2011). Utvalet i denne studien bestod av 17 deltakarar som alle gjennomførte heile rehabiliteringsprogrammet. I hovudstudien var 20 deltakarar inkluderte. Dei 3 som ikkje er inkluderte i denne studien, måtte avbryte rehabiliteringsprogrammet grunna tilbakefall, rekonstruksjon av bryst og utdanning. Ingen deltakarar avbraut studien på grunn av studien i seg sjølv. 17 deltakarar må likevel seiast å vere eit tilstrekkeleg utval for ein kvalitativ studie, og eit stort utval tatt oppgåva sitt omfang i betraktning. Ein skal imidlertid vere merksam på at for stort utval kan vere ein svakheit, då det kan gi utfordringar for forskaren i høve til komme i djupna på materialet (Malterud, 2011).

Utvalet representerar eit variert bilete av den aktuelle pasientgruppa. Deltakarane var rekruterte frå ulike delar av landet, med varierende sosiodemografiske og medisinske variablar (tabell 1 og 2). Eit slikt variert utval aukar sannsynet for at funna vil reflektere ulike perspektiv, noko som er viktig krav i kvalitativ forskning (Creswell, 2007; Malterud, 2011). Utvalet var underrepresentert for menn og den yngste aldersgruppa (18-23år), noko som kan gjere at mulig kjønns- og aldersforskjellar ikkje vart oppdaga. Samstundes kan ein tenke at det ikkje er kjønns- og aldersforskjellar som er av størst interesse knytta til den aktuelle problemstillinga i studien (Malterud, 2011).

Underteikna sin motivasjon for denne studien, var interessa for og moglegheita til å lære meir om UVK og deira erfaringar med KT. Underteikna har sjølv stor interesse for, og erfaring med bruk av KT hjå ulike pasientgrupper, men synes det var spesielt spennande å få meir kunnskap om KT og kreftpasientar. Sidan forskaren er «instrumentet» i kvalitativ forskning, er det viktig å belyse forskaren sine kvalifikasjonar, erfaringar og refleksitet gjennom forskingsprosessen (Creswell, 2007). Underteikna, som delaktig og aktiv forskar i prosjektet, vil bli påverka av eiga forforståing i denne studien (Malterud, 2011). Forskaren er utdanna fysioterapeut og har vidareutdanning i kognitiv terapi. Gjennom karriera har ho skaffa seg klinisk erfaring med kognitiv terapi frå 2008, samt jobba i fleire år med kognitiv terapi i brystkreftgrupper. Forskaren si utdanning og erfaring med bruk av kognitiv terapi, gir teoretisk og praktisk kunnskap om nytten ved bruk av kognitiv terapi. Nettopp kunnskap og erfaring hjå underteikna, kan sjåast som ein styrkje relatert til det faglege tilbodet i i psykoedukasjonen i rehabiliteringsopplegget. Dette kan også gjere forskaren forutinntatt i høve til venta resultat av intervensjonen, noko underteikna søkte vere bevisst gjennom heile analyseprosessen. Samstundes har underteikna erfaring med at ikkje alle pasientar er mottakelege og responderar på denne type tilnærming, noko som også var viktig i analyse-, og diskusjonsprosessen.

Forskaren si rolle i utarbeiding, og gjennomføring av opplæring i kognitiv terapi i prosjektet, medfører kjennskap og «eigarskap» til deltakarane og deira evaluering. Dette kan sjåast som ein styrkje med tanke på engasjement og interesse relatert til å gi eit så godt tilbod som mogleg til deltakarane. Deltakarane sin lojalitet til forskaren kan derfor bli ei svakheit i studien. Denne svakheita vart i midlertid redusert ved at intervjuet vart gjennomført av PhD kandidaten, som ikkje var involvert i sjølve intervensjonane i prosjektet. Ein kan anta at deltakarane kunne snakke fritt om sine erfaringar knytta til kognitiv terapi, utan bindingar til underteikna. Samstundes kan ein sjå det at underteikna sjølv ikkje gjennomførte intervjuet som ei svakheit med tanke på fyrstehands kjennskap og oppleving av deltakarane gjennom intervjuet. Ei anna ulempe ved å ikkje gjennomføre intervjuet sjølv, var bortfall av moglegheita til å stille utdjupane spørsmål om ting underteikna sjølv lurte på. På den andre sida kan det også sjåast som ein styrkje for forskaren, med tanke på utfordringa med å bli emosjonelt berørt og påverka i analyseprosessen dersom ein er *for* tett på deltakarane gjennom intervjuet.

Personlege erfaringar er også noko som påverkar forforståinga i ein forskingsprosess (Malterud, 2011). Underteikna har med seg nokre personlege erfaringar knytt til kreftsjukdom og død i nær familie, noko som kan prege ein emosjonelt og profesjonelt i møtet med

deltakarane. Ved å vere tydeleg på at personlege erfaringar kan påverke, søkte underteikna og vere bevisst dette, i så vel møtet med deltakarane som i analyseprosessen.

For å sikre truverde i studien er metodisk konsistens vektlagt. Hensikt, utval, datasamlingsprosessen og analyseprosessen skal vere slik at lesaren får innsikt og forståing for heile prosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Omgrepa gyldigheit (credibility), pålitelegheit (dependability) og overførbarheit (transferability) er nytta når truverde skal vurderast i kvalitativ forskning. For å sikre gyldigheita i studien hadde forskargruppa i heile forskingsprosessen fokus som samsvara med hensikta i studien. Pålitelegheit inneber at studien er konsistent i høve til datainnsamling og framgangsmåte (Graneheim & Lundman, 2004). Det også seiast at det vart gjort ei form for forskartrianglering, gjennom at underteikna og begge vegleiarane på ein eller anna måte var involvert i datainnsamling, analyse, gjennomlesing av utkast og kritiske diskusjonar. Dette er med på å auke truverdet for studien.

Alle intervjuar var tatt opp på lydband, og ordrett transkribert. Underteikna transkriberte 4 intervju. Lydkvaliteten var god, så ingen data «fall ut». I tillegg fekk ein fram rikhalde skildringar i intervjuar, som gir eit godt utgangspunkt for analyse og diskusjon av data. Gjennomføringa av datainnsamling, transkribering og analyse av data var nøye gjennomført og kvaliteten vurderar underteikna som god. Både underteikna og bivegleiar koda datamaterialet, og vart einige om kodar og meiningsbærande einingar, noko som styrkjer reliabiliteten i studien. Programvara NVivo var nyttig for å sikre at deltakarane sine perspektiv kom fram i analysa. I tillegg er det ein styrkje at underteikna og vegleiarane har ulike fagbakgrunn og ulik erfaring med KT, då vegleiarane kan vere noko meir skeptiske til nytten av KT.

Resultat frå kvalitative studiar kan ikkje bli generaliserte. Det som er meir sentralt og av interesse, er om ein finn resultata overførbare og truverdige, og i kor stor grad resultata er kontekstbundne (Creswell, 2007; Malterud, 2011). Utvalet i studien styrkjer den eksterne overførbarheita. Det som svekkar overførbarheita, er nettopp at samtalegruppene var ein liten del av det komplekse rehabiliteringstilbodet, slik at pasientane med sine ulike behov, vil ha ulike opplevingar av kva som var det viktigaste bidraget knytt til deira individuelle behov. Resultata er altså kontekstavhengige og seier noko om dei aktuelle deltakarane si erfaring med nettopp dette tilbodet, på gitt tidspunkt, i den gruppa. Ein kan likevel diskutere om dette kan

relaterast til liknande pasientgrupper. Med bakgrunn i ovenstående, er det sannsynleg at resultatata frå studien er truverdige.

8.0 Konklusjon

Hensikta med denne studien var å utforske dei erfaringane UVK gjorde seg knyttta til opplæring og bruk av KT i eit rehabiliteringsprogram etter endt behandling. Hovudfunna frå studien oppsummerast på følgjande måte:

Resultata viser to hovudtema knytt til deltakarane si erfaring med opplæring og bruk av KT, «Kognitiv terapi som reiskap» og «Nytteverdi ved bruk av kognitiv terapi». Samanfatta så kan ein peike på ein raud tråd i erfaringane hjå deltakarane. Tema deltakarane presenterar viser ein tydeleg samanheng gjennom behov for opplæring, deretter tilhøyrande oppfølging og internalisering; altså forståing og moglegheiter for å nyttiggjere seg reiskapen KT. Vidare presenterar deltakarane at denne opplæringa i bruken av KT gir majoriteten ei oppleving av nytteverdi relatert til egne utfordringar. Det kjem tydeleg fram at endringar i tankemønster kan gi rom for ny innsikt og aksept av ein ny livssituasjon. Fleirtalet gav til kjenne at dei opplevde at å lære og å bruke KT gav nye moglegheiter for handtering av sin nye, endra livssituasjon. Erfaringane kom til uttrykk ved at bevisstgjerjing og forståing av samanhengen mellom tankar, følelsar, adferd og kroppslege reaksjonar, gjorde det mogleg for deltakarane å sjå alternative og meir hensiktsmessige løysingar på aktuelle utfordringar. Det er viktig å trekke fram at deltakarane ikkje nødvendigvis opplevde at KT løyste alle problem, men at det opna ein moglegheit for å tenke og sjå annleis på ubehaglege situasjonar og utfordringar i livet sitt. Ved å tilby UVK opplæring i bruk av KT i rehabiliteringsprosessen, kan ein komme i møte veldokumenterte behov relatert til psykososiale utfordringar etter kreftsjukdom- og behandling. Tidlegare forskning samsvarar med det deltakarane eksemplifiserar, nemleg at KT kan vere hensiktsmessig for å auke livskvalitet, reduserte angst, depresjon, fatigue og frykt for tilbakefall, som kjem til uttrykk hjå deltakarane som å «handtere nye livssituasjon».

Utvalet var relativt lite, men tilstrekkeleg for ein kvalitativ studie og variasjonen i utvalet styrkjer overførbarheita. Resultata må seiast å vere kontekstbundne, slik at ein ikkje direkte kan overføre desse til andre pasientar. Det kan likevel, på bakgrunn av truverde, seiast at resultatata er lovande for bruk av KT i rehabiliteringsprosessen for UVK. Resultata frå studien er viktige sidan dei går meir i djupna på korleis ein erfarar KT, medan mykje av den andre

forskinga har påpeika at KT virkar. Studien kan altså gi utfyllande kunnskap om KT innan kreftrehabilitering.

Viktige element vedrørende KT i kreftrehabilitering vil på bakgrunn av resultatene være god opplæring, med tilhørende relevant, enkelt litteratur spesielt knyttet til utfordringer med fatigue. Det er sentralt å lære bruken av 5- kolonnerskjema med aktuelle dømer, gjerne personlege utfordringer. Det kan synast å vere ein fordel med gruppebasert opplæring, men med oppfølging over tid og moglegheit for individuell oppfølging ved behov. Det er tydelege at dette er ein prosess som tek tid.

8.1 Implikasjonar

Resultatene kan gi signal om at utdanningsinstitusjonar bør vurdere sterkare grad av opplæring og utdanning i KT. Pr i dag finnst det vidareutdanning i KT, med ulike retningar, til dømes angstbehandling og smertebehandling. Det kan tenkast at KT ved kreftsjukdom kan vere ei nyttig retning å implementere i utdanningsløpet.

Når ein ser resultatene relatert til klinisk praksis, tydar dei på at det vil vere hensiktsmessig å fortsette å tilby KT i kreftrehabilitering. Røde Kors Hauglan Rehabiliteringssenter AS har valgt å vidareføre tilnærma likt tilbodet frå studien, på bakgrunn av erfaringane undervegs i prosjektet og etterkvart resultatene frå forskning knyttet til prosjektet (Hauken, 2014; Hauken et. al., 2014; Hauken, Holsen, Fismen & Larsen, 2015; Hauken, Larsen & Holsen, 2013).

Kreftrehabilitering er eit relativt nytt område, og som ein forstår svært komplekst. Av den grunn vil studiar og forskning på multidimensjonale og tverrprofesjonelle intervensjonar vere av stor interesse nettopp fordi forskning hittil peikar på behov for slike intervensjonar (Albritton, Bahr & Bleyer, 2009; Albritton et.al., 2006; Bleyer, 2007; Institute of Medicine, 2013). Resultat frå denne studien peikar nettopp på KT som ein aktuell intervensjon i kreftrehabilitering, noko som også fordrar vidare forskning og til dømes evalueringsstudiar for å optimalisere og utvikle intervensjonar vidare.

I eit samfunnsperspektiv vil vidare forskning og utarbeiding av effektfulle kreftrehabiliteringstilbod vere av samfunnsøkonomisk interesse. Med ein stadig aukande førekomst av kreft i verdas befolkning, vil det vere sentralt med gode rehabiliteringstilbod for blant anna å reduserte antal arbeidsuføre og antal personar med behov for langvarig oppfølging i helsetenestene på bakgrunn av si krefthistorie. Det vil også vere hensiktsmessig

å forske vidare på positive utkomme av kreftsjukdom- og behandling, nettopp for å kunne vektlegge faktorar som styrkjer dette også i rehabiliteringstilbodet vidare.

Det har i seinare år komt ny forskning på kreftpasientar og metakognitiv terapi. Metakognitiv terapi handlar om *korleis* ein tenker, meir enn om *kva* ein tenker, og vil såleis ha som mål å redusere bekymring, grubling og trusselmonitorering (Fisher & Wells, 2011), noko som ser lovande ut relatert til kreftpasientar og deira tendens til bekymring og grubling (Cook et. al., 2014; McNicol, Salmon, Young & Fisher, 2012). Kollegarar ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS har prøvd ut ei metakognitiv tilnærming til kreftpasientar i rehabiliteringsprosessen og uttrykker positive erfaringar med dette. Det vil vere av stor interesse også å utforske denne metakognitive tilnærminga vidare.

Referansar

- Adolescent and Young Adult Oncology Review Group. (2006). Closing the Gap: Research and Care Imperatives for Adolescents and Young Adults With Cancer. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute and the LiveStrong Young Adult Alliance.
- Abrams, A.N., Hazen, E.P., & Penson, .RT. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treat Rev.* 33(7):622-30
- Albritton, K., Barr, R. & Bleyer, A. (2009). The adolescence of young adult oncology. *Sem Oncol.* 36(5):478-88.
- Albritton, K., Caligiuri, M., Anderson, B., Nichols, C., Ulman, D. & Adams, H. (2006). Closing the gap: Research and care imperatives for adolescents and young adults with cancer. Bethesda: Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute and the LiveStrong Young Adult Alliance.
- Arendt, M. & Rosenberg, N.K. (2012). *Kognitiv terapi. Nyeste utvikling.* København: Hans Reitzels Forlag
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 55(5):469-80.
- Aspinwall, L.G. & MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously. *Cancer.* 104(11 Suppl):2549-56.
- Austvoll-Dahlgren, A., Nøstberg, A.M., Stensbekk, A., Vist, G.E. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring: en oppsummering av systematiske oversikter.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Henta frå: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/attachment/12472>
- Bandura, A. (Red.). (1995). *Self- efficacy in changing societies.* London: Cambridge University Press

- Beck, J. S. (2006). *Kognitiv terapi- teori, utøvelse og refleksion*. Oslo: Norsk Akademiske Forlag
- Beck, J. S. (2007). *Kognitiv terapi för mer komplexa problem: när vanliga metoder inte fungerar*. Stockholm, Norstedts akademiska.
- Belanger, L.J., Plotnikoff, R.C., Clark, A.M. & Courneya, K.S. (2012). Determinants of physical activity in young adult cancer survivors. *Am J Health Behav.* 36(4):483-94.
- Bellizzi, K.M, Smith. A., Schmidt, S., Keegan, T.H., Zebrack, B., Lynch, C.F., et al. (2012). Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult. *Cancer.* 118(20):5155-62.
- Berge, T. & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Blaney, J.M., Lowe-Strong, A., Rankin-Watt, J., Campbell, A. & Gracey, J.H. (2013). Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire-survey. *PsychoOncol.* 22(1):186-94.
- Blank, T., Park, C.L. & Schmidt, S.G. (2011). Fear of recurrence as a challenge reported by young adult cancer survivors. *Ann Behav Med.* 41(1):149-52.
- Bleyer, A. (2007). Young adult oncology: The patients and their survival challenges. *Cancer J Clin.* 57(4):242-55.
- Bleyer, A. & Barr, R. (2009). Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview. *Sem Oncol.* 36(3):194-206.
- Brearley, S.G., Stamataki, Z., Addington-Hall, J., Foster, C., Hodges, L., Jarrett, N., ... Amir, Z. (2011). The physical and practical problems experienced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature. *Eur J Oncol Nurs.* 15(3):204-12.

- Brunet, J., Love, C., Ramphal, R. & Sabiston, C.M. (2014). Stress and physical activity in young adults treated for cancer: the moderating role of social support. *Support Care Cancer*. 22(3):689-95. 101
- Buchmann, M.C. & Kriesi, I. (2011). Transition to Adulthood in Europe. *Ann Rev Sociol*. 37(1):481-503.
- Campos, M.P., Hassan, B.J., Riechelmann, R. & Del Giglio, A. (2011). Cancer-related fatigue: a practical review. *Ann Oncol*. 22(6):1273-9.
- Cancer registry of Norway, (udatert). Cancer in Norway 2013. *Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* . Oslo: Krefregisteret. Henta 4.mars 2015 frå: http://www.krefregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2013/CIN_2013.pdf
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. 41(68),00022-3.
- Coccia,P.F., Altman, J., Bhatia, S., Borinstein, S.C., Flynn, J., George, S. ... Shead, D. A. (2012). Adolescent and young adult oncology. Clinical practice guidelines in oncology. J Nat Comprehen. Cancer Network. 10(9):1112-50.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P. & Fisher, P. (2014). The Association of Metacognitive Beliefs With Emotional Distress After Diagnosis of Cancer. *Health Psychology*. Advance online publication. Henta frå: <http://dx.doi.org/10.1037/hea000009>
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. 2ed. Thousand Oaks. CA Sage.
- Decker, C.L. (2007). Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psycho-Oncol*. 16(1):1-11.
- Eichler, C., Pia, M., Sibylle, M. Sauerwald, A., Friedrich, W. & Warm, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in breast cancer patients - a feasibility study of an 8 week intervention for tumor associated fatigue treatment. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention: APJCP*. Vol. 16 (3), p.1063-7.

Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J. & Kuffner R. (2013). Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*, 31(6):782-93.

Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *J Cancer Surviv.*1(1):5-7.

Fisher, P. & Wells, A. (2011). *Metakognitiv terapi. En innføring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fismen, K., Osland, I.J., Fismen, E., Borge, L., Martinsen, E.W., Hjort, P., Iversen, O.E., Stanghelle, J. K. (2000). Rehabilitering av kvinner med brystkreft. *Tidsskriftet for Den norske lægeforening*, nr 23, 120: 2749-54.

Foreskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Foreskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastsatt ved kgl.res. 16.desember 2011 med hjemmel i lov 24.juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 andre ledd og § 7-2 andre ledd. Fremmet av Hele- og omsorgsdepartementet. Øvrige deler av foreskriften fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16.desember 2011 med hjemmel i lov 24.juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7-1 tredje ledd, og §7-3 andre ledd, lov 2.juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) §2-1a sjuende ledd, §2-5 andre ledd, §2-5a tredje ledd og §2-5b andre ledd og lov 2.juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) §4-1 andre ledd. Henta frå:

<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Fors E.A., Bertheussen G.F., Thune I., Juvet L.K., Elvsaa I.K., Oldervoll L., ... Leivseth,G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-Oncol.* 20(9):909-18.

Fosså, S.D & Dahl, A.A. (2008). Fertility and sexuality in young cancer survivors who have adult-onset malignancies. *Hematol Oncol Clin N Am.* 22(2):291-303

Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenomenol Psychol.* 28(2): 235- 260.

- Gielissen, M. F., Verhagen, C., A. & Bleijenberg, G. (2007). Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *British Journal of Cancer*. 97, 612–618
- Gielissen, M.F., Verhagen, S., Witjes, F. & Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 20;24(30)
- Goedendorp, M.M., Gielissen, M., Verhagen, C., Bleijenberg, G. (2009). Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. Nijmegen, Netherlands: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Henta frå:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006953.pub2/abstract>
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24 (2) 105-112
- Gray, D. (2009). *Doing research in the real world*. 2 nd ed. London: SAGE Publications Ltd.
- Hall, A.E., Boyes, A.W., Bowman, J., Walsh, R.A., James, E.L. & Girgis, A. (2012). Young adult cancer survivors' psychosocial well-being: a cross-sectional study assessing quality of life, unmet needs, and health behaviors. *Support Care Cancer*. 20(6):1333-41.
- Hammer, T. & Hyggen, C. (2013). Ung voksen-risiko for marginalisering. I: Hammer, T., Hyggen, C., Red. *Ung voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenlivet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. p. 13-25.
- Handberg, C., Nielsen, C.V., & Lomborg, K. (2014). Men's reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-2013. *Eur J Cancer Care*. 23(2):159-72.
- Harrington, C.B., Hansen, J.A., Moskowitz, M., Todd, B.L & Feuerstein, M. (2010). It's Not over When It's Over: Long-Term Symptoms in Cancer Survivors - a Systematic Review. *Int J Psychiat Med*. 40(2):163-81.

- Hauken, M (2014): The cancer treatment was only half the work. A mixed Method study of rehabilitation among young adult cancer survivors. PhD thesis. Department of health promotion and development, University of Bergen. <http://hdl.handle.net/1956/9332>
- Hauken, M. A., Holsen, I., Fismen, E. & Larsen, T. M (2014). Participating in life again: a mixed-method study on a goal-orientated rehabilitation program for young adult cancer survivors. *Cancer Nurs.* 37(4): E48-59.
- Hauken, M. A., Holsen, I., Fismen, E. & Larsen, T. M (2015). Working toward a good life as a cancer survivor: a longitudinal study on positive health outcomes of a rehabilitation program for young adult cancer survivors. *Cancer Nurs.* 38(1): 3-15.
- Hauken, M. A., Larsen, T. M. & Holsen, I. (2013). Meeting reality: young adult cancer survivors' experiences of reentering everyday life after cancer treatment. *Cancer Nurs.* 36(5): E17-26.
- Hellbom, M., Bergelt, C., Bergenmar, M., Gijzen, B., Loge, J.H., Rautalahti, M., ... Johansen, C. (2011). Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncol.* 50(2):179-86.
- Helse- og omsorgsdepartementet.(2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Oslo: Departementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. St. meld. Nr 47. (2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*. Oslo: Departementet.
- Holge-Hazelton, B., Blake-Gumbs, L., Miedema, B. & van Rijswijk, E. (2010). Primary care for young adult cancer survivors: an international perspective. *Support Care Cancer.* 18(10):1359-63.
- Howard- Anderson, J., Ganz, P.A., Bower, J.E. & Stanton, A.L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 104(5):386-405.

Informed Health Online. (2013). Cognitive behavioral therapy. Henta frå:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072481/>

Institute of Medicine. (2013). Identifying and addressing the needs of adolescents and young adults with cancer: workshop summary. Henta frå:

http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=18547.

Juvet, L.K., Elvsaa, I.K., Leivseth, G., Anker, G., Bertheussen, G.F., Falkmer, .U et al. (2009).

Rehabilitation of breast cancer patients: A systematic Review. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Kauth, M. R., Sullivan, G., Blevins, D., Cully, J, A., Landes, R.D, Said, Q. & Teasdale, T.A.,

(2010). Employing external facilitation to implement cognitive behavioral therapy in VA clinics: a pilot study. *Implementation Science*: IS 5: 75-75.

Keegan, T.H., Lichtensztajn, D.Y., Kato, I., Kent, E.E., Wu, X.C., West, M.M., .. Smith, A.W.

(2012). Unmet adolescent and young adult cancer survivors information and service needs: a population-based cancer registry study. *J Cancer Surviv*. 6(3):239-50.

Kent, E.E., Smith, A.W., Keegan, T.H., Lynch, C.F., Wu, X.C., Hamilton, A.S,.. Harlan, L.C.

(2013). Talking about cancer and meeting peer survivors: social information needs of adolescents and young adults diagnosed with cancer. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2(2):44-52.

Korstjens, I., May, A.M., van Weert, E., Mesters, I., Tan, F. & Ros, W.J. (2008). Quality of life

after self-management cancer rehabilitation: A Randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. *Psychosomatic Medicine*. 70(4): 422-429

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kåresen, R. & Wist, E. (Red.). (2012). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*.

4.utgave. Oslo: Gyldendal norske forlag.

- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., ... Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*. 1-12
- Luknes, E.P. & McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treat Crisis Interven*. 4(3): 205-25.
- Lundeby, L.E., Jensen, L., Slettevold, E. & Hernes, F.H. (2013). *Rehabilitering og mestring blant krefttrammede*. Oslo: Kreftforeningen. Henta frå: <https://kreftforeningen.no/Global/Om%20Kreftforeningen/Ressurser%20presserom/Rehabilitering%20og%20mestring%20blant%20krefttrammede.pdf?epslanguage=no>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Healt*. 40(8):795-805.
- May, A. M., van der Borne, B., Hoekstra- Weebers, van der Schans, C. P., Mesters, I., Passichier, J., Grobbee, D. E. & Ros, W. J. G. (2009). Long time effect on cancer survivor's quality of life of physical training combines with cognitive- behavioral therapy: results from a randomized trial. *Support Cancer Care*. 17: 653-663
- McNicol, K., Salmon, P., Young, B., & Fisher, P. (2012). Alleviating emotional distress in a young adult survivor of adolescent cancer: a case study illustrating a new application of metacognitive therapy. *Clinical Case Studies*, 1534650112461298. Henta frå: <http://ccs.sagepub.com/content/early/2012/11/08/1534650112461298.abstract>
- Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C. & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta Oncol*. 52(6):1102-9.
- Miedema, B., Easley, J. & Robinson, L.M. (2013). Do current cancer follow-up care practices meet the needs of young adult cancer survivors in Canada? A qualitative inquiry. *Curr Oncol*. 20(1):14-22. 98

- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A & Tones, K. (2007). Health promotion. In Mishra, S. I., Aziz, Scherer, R. W., Baguet, C. R., Berlanstein, D. R. & Geigle, P. M. (2009). *Exercise interventions on health related quality of life for cancer survivor's (protocol)*. The Cochrane Library, Issue 1.
- Nord C., Ganz P.A., Aziz N. & Fossa SD. (2007). Follow-up of long-term cancer survivors in the Nordic countries. *Acta Oncol.* 46(4):433-40.
- Nordic Cancer Union. (2004). Fra behov til tilbud. Rehabilitering av pasienter med kræft. Henta frå: www.ncu.nu.
- Normann, T., Sandvin, J.T., & Thommesen, H. (2004). *A holistic approach to rehabilitation*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Norway Cancer Registry. (2009). Cancer in Norway 2009. I: Larsen, I. K. (Red.). *Cancer Incidence, Mortality, Survival and Prevalence in Norway*. Oslo: Norway: Cancer Registry of Norway; 2011:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2009/>
- Oeffinger, K.C. & Tonorezos, E.S. (2011). The cancer is over, now what? Understanding risk, changing outcomes. *Cancer.* 117(10 Suppl):2250-7.
- Osborn, R.L., Démoncada, A.C. & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med.* 36(1):13-34
- QSR International. NVivo. (2015). Henta 17.mars 2015 frå: <http://www.qsrinternational.com>.
- Schroevers, M.J., Kraaij, V. & Garnefski, N. (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncol.* 20(2):165-72.
- Scott, D.A., Mills, M., Black, A., Cantwell, M., Campbell, A., Cardwell, C.R.,... Donnelly, M. (2013). *Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors*. U.K.: The Cochrane Collaboration. Henta frå:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543556.102>

- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari S. & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv.* 7(3):300-22.
- Smith, A.W., Bellizzi, K.M., Keegan, T.H., Zebrack, B., Chen, V.W., Neale, A.V.,... Lynch, C.F. (2013). Healthrelated quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the United States: the Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience study. *J Clin Oncol.* 31(17):2136-45.
- Speck, R.M., Courneya, K.S., Masse, L.C., Duval, S. & Schmitz, K.H. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv.* 4(2):87-100.
- Spence, R.R., Heesch, K.C. & Brown, W.J. (2010). Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review. *Cancer Treat Rev.* 36(2):185-94.
- Store Norske Leksikon.(udatert). Henta 10.februar 2015 frå:
<https://snl.no/.search?utf8=%E2%9C%93&query=kognisjon&x=0&y=0>
- Tai ,E., Buchanan, N., Townsend, J., Fairley, T., Moore, A. & Richardson, L.C. (2012). Health status of adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer.* 118(19):4884-91.
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M.L., Beith, J., Stuart-Harris, R. & Grossi, M. (2012). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Supportive Care in Cancer* 20(11): 2651-2659.
- Thorsen, L., Skovlund, E., Stromme, S.B., Hornslien, K., Dahl, A.A. & Fossa, S.D. (2005). Effectiveness of physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middle-aged cancer patients shortly after chemotherapy. *J Clin Oncol.* 23(10):2378-88.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J.(2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 19(6):349-57.

- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Oslo: Fagbokforlaget
- Ugolini, D., Neri, M., Cesario, A., Bonassi, S., Milazzo, D., Bennati, L., ... Pasqualetti, P. (2012). Scientific production in cancer rehabilitation grows higher: a bibliometric analysis. *Support Care Cancer*. 20(8):1629-38.
- Ursin, H. & Eriksen, H.R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrino*. 29(5):567-92.
- U.S. National Institute of Health. (2005). Cancer Control Continuum www.cancer.gov: National Cancer Institute. Henta 20.mars 2015 frå: <http://cancercontrol.cancer.gov/od/continuum.html>.
- Ussher, P., Butow, P., Kirsten, L. & Sandoval, M. (2006). The experience of peer support groups for people with cancer: What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? *Psycho-Oncol*. 15(2):37-47.
- Wekre, L.L. & Vardeberg, K. (2004). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Wilhelmsen, I. (2005). *Sjef i eget liv- en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- World Health Organization. (2002). Towards a common language for function, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2002. Henta frå: <http://www.who.int/classifications/icf/icfaptraining/en/index.html>.
- Woodward, E., Jessop, M., Glaser, A. & Stark, D. (2011). Late effects in survivors of teenage and young adult cancer: does age matter? *Ann Oncol*. 22 (12):2561-8.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2015). Ethical principles for medical research involving human subjects. 18th WMA General Assembly Helsinki, Finland 1964. Henta frå: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Yeh, M.L., Chung, Y.C., Hsu, M.Y. & Hsu, C.C. (2014). Quantifying psychological distress among cancer patients in interventions and scales: a systematic review. *Current Pain And Headache Reports*. Vol. 18 (3), p.399. Henta frå: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1007%2Fs11916-013-0399-7>

Zebrack, B. & Butler, M. (2012). Context for understanding psychosocial outcomes and behavior among adolescents and young adults with cancer. *J Natl Compr Canc Ne.* 10(9):1151-6.

Zebrack, B. & Isaacson, S. (2012). Psychosocial care of adolescent and young adult patients with cancer and survivors. *J Clin Oncol.* 30(11):1221-6.

Zhang, Y., Goddard, K., Spinelli, J.J., Gotay, C. & McBride, M.L. (2012). Risk of late mortality and second malignant neoplasms among 5-year survivors of young adult cancer: A report of the childhood, adolescent, and young adult cancer survivors research program. *J Cancer Epidemiol:*1-11.

Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org. nr. 985 321 884

Torill Marie Bogsnes Larsen
HEMIL-senteret
Universitetet i Bergen
Christiesgt. 13
5015 BERGEN

Vår dato: 18.04.2012

Vår ref: 30428 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.04.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30428	<i>KaNo? Evaluering av et rehabiliteringsprogram for unge voksne som er ferdigbehandlet for kreft</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Torill Marie Bogsnes Larsen
Student	May Aasbo Hauken

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@iuh.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kyrie.svarval@svt.ntnu.no
TRAMSØ NSD, SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 35. ndtma@svt.uib.no

Vedlegg 2: Søknad om førehandsgodkjenning frå REK



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Torill Larsen
Universitetet i Bergen
Christiesgt 13
5015 Bergen

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Ost A (REK Sør-Ost A)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 66

Dato: 16.09.2010
Deres ref.:
Vår ref.: 2010/1936a

E-post: jorgen.hardang@medisin.uio.no
Nettadresse: <http://helseforskning.etikk.uio.no>

2010/1936a "Ka No ?"

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional forskningsetisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 26. august 2010. Søknaden er vurdert i henhold til lov av 20. juni 2008 nr. 44, om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) kapittel 3, med tilhørende forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning av 1. juli 2009 nr 0955.

Prosjektleder: Førsteamanuensis Torill Larsen

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen

Søknaden gjelder et rehabiliteringsopplegg for kreftpasienter i alderen 18 til 35 år ved Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter. Det skal gjennomføres 3 rehabiliteringsopphold i løpet 7 til 8 måneder. Rehabiliteringsprogrammet vil bestå av fysisk aktivitet, undervisning og samtaler.

Det skal samles inn data i prosjektet gjennom tester, fokusgruppeintervjuer og ved utfylling av spørreskjemaer som handler om livskvalitet, fatigue, osv. for å vite hvordan det går med deltakeren og for å evaluere eventuell effekt av opplegget.

Det skal inkluderes 32 pasienter som fordeles i 4 grupper. Det kommer ikke klart fram hva som skiller de fire gruppene og det skal ikke etableres noen kontrollgruppe. Deltakerne skal rekrutteres fra gruppen av unge voksne som har gjennomgått kreftbehandling i Helse Vest. Pasientene kontaktes gjennom sykehus, primærleger, NAV, Kreftforeningen og egne nettsider og brosjyrer. Det er laget et informasjonsskriv med samtykkeerklæring for de som ønsker å være med på opplegget. Det ser ikke ut til at det vil være noe rehabiliteringsalternativ for de som eventuelt ikke ønsker å delta i dette opplegget.

Komiteen vurderer opplegget til å være et godt tilbud for denne pasientgruppen. Det er også lagt opp til en systematisk og vitenskapelig etterkontroll og evaluering av opplegget. Dette vil kunne gi verdifull tilbakemelding og kunnskap om hvilken virkning rehabiliteringen har hatt for de som deltar. Systematisk evaluering av denne typen vurderes av komiteen som viktig for å sikre og å bedre kvaliteten på helsetjenesten.

Hensikten er å prøve ut et opplegg for rehabilitering og å gjøre en systematisk og vitenskapelige evaluering for å se hvordan det fungerte. For deltakerne vil det være et spørsmål om å ta imot tilbudet om et opplegg for tilpasset rehabilitering. Hvis de sier nei til å delta, sier de nei til å delta i rehabiliteringsopplegget. Tiltak av denne typen faller utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Denne søknaden er relatert til prosjektet 2009/2218a som ble behandlet av komiteen 10.12.2009. Det prosjektet ble vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde. Komiteen finner ikke at det prosjektet som legges fram i denne søknaden har et opplegg som avviker mye fra det

som ble vurdert 10.12.2009. Komiteen vurderer dermed også dette prosjektet til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Vedtak:

Etter søknaden fremstår opplegget som et behandlingstilbud med en systematisk evaluering innenfor rammen av det helsetjenesten kan og skal gjøre og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Vi gjør oppmerksom på at det for behandling av personopplysninger i prosjektet likevel kan være nødvendig med tilråding fra personvernombudet, og at institusjonen er ansvarlig for at prosjektet gjennomføres i samsvar med gjeldende regelverk.

Komiteens vedtak kan påklages innen 3 uker fra den dagen du mottar dette brevet, jfr. forvaltningsloven §§ 28 og 29. Klagen skal sendes REK Sørøst A som forbereder klagesaken til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag.

Vennligst oppgi vårt saksnummer/referansennummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen (sign)
Professor
Leder

Jørgen Hardang
Komitésekretær

Kopi: Universitetet i Bergen ved øverste administrative ledelse

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeerklæring



UNIVERSITETET I BERGEN

HEMIL-senteret

Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil

Bergen, 07.06.10

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: "KaNo"-

Rehabilitering av unge voksne kreftpasienter

Kreftbehandling kan være en stor påkjenning. Mange blir nedkjørt både fysisk og psykisk, og har problemer med å komme tilbake til en normal hverdag med sosiale aktiviteter og studie/arbeidsliv. Det foreligger imidlertid svært lite forskning knyttet til rehabilitering av ferdigbehandlede unge voksne kreftpasienter. Hensikten med denne studien er derfor å vurdere effekten av et tilpasset rehabiliteringsprogram ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter for unge voksne (18 – 35) ferdigbehandlede kreftpasienter. Studien innebærer 3 rehabiliteringsopphold ved Hauglandsenteret i løpet av 7 – 8 måneder (3 + 1 + 1 uke) og består av tilpasset fysisk aktivitet, undervisning og samtaler.

Data skal samles inn gjennom ulike fysiske tester, spørreskjema og gruppeintervju med varighet på 1 – 2 timer som foregår som en samtale/erfaringsutveksling ved prosjekt start og slutt.

Dersom du er villig til å delta i prosjektet, underskriver du vedlagte samtykkeerklæring. De som deltar i prosjektet får både reiseutgifter, egenandel for oppholdet samt "påførendehelg" dekket av prosjektet.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke deg fra studien uten at dette vil få konsekvenser for deg. Alle data som gjelder deg vil bli slettet. Samtlige data som kommer fram gjennom prosjektet vil bli behandlet konfidensielt slik at det ikke skal gå an å spore ditt svar tilbake til deg. Data vil kun være tilgjengelig for prosjektkoordinator Kari Fismen, doktorgradsstipendiat May Aa. Hauken og førsteamanuensis Torill Larsen (prosjektansvarlig/hovedveileder) Universitetet i Bergen og førsteamanuensis Ingrid Holsen (biveileder), Universitetet i Bergen. Prosjektet forventes ferdigstilt våren 2013 og datamaterialet vil da slettes. Ved avslutning av prosjektet vil alle deltakerne få tilbud om å delta på et seminar der resultatene formidles.

Prosjektet er tilrådd av Regional Komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenesten AS (NSD).

Dersom du ønsker mer informasjon eller har spørsmål angående prosjektet, kan du kontakte: prosjektkoordinator Kari Fismen, tlf: 57737185, e-post: kari.fismen@rkh.no, eller stipendiat May Hauken på telefon 415 49 612 eller e - post: may.hauken@rkh.no

Vennlig hilsen

Torill B. Larsen
Prosjektleder/1.am/veileder

Kari Fismen
Prosjektkoordinator

May Aasebø Hauken
Doktorgradsstudent



SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om forskningsprosjektet "KaNo? – Rehabilitering av unge voksne kreftpasienter", og er villig til og delta.

Dato/sted:..... Signatur:.....

Vedlegg 4: Intervjuguide

1 Kan du fortelle meg om dine erfaringer gjennom disse tre månedene hjemme?

- Har du oppnådde de målene du satte deg? – og hvordan mestret dere disse?
- Fysisk trening?
- Kontakt med nettverk: familie venner - sosialt?
- Skole/utdanning – jobb?
- Fokus på helse - være frisk – hvordan har du opplevd dette?
- Utgangspunkt i kognitiv terapi: jobbet noe med tanker – som styrer atferd – hvilke erfaringer har du gjort deg her?
- Hva er det viktigste du ønsker å få gjort under dette oppholdet?

Vedlegg 5: 5-kolonner skjema

Registrering av automatiske tanker

Instruksjon: Når du merker en forverring i humøret, så spør deg selv, "Hvilke tanker dukker opp akkurat nå?". Skriv så ned tanken eller forestillingen du har i "Automatisk(e) tanke(r)"-kolonnen.

Situasjon Beskriv: 1. Aktuell hendelse som vekker en ubehagelig følelse, eller... 2. Tankerekke, dagdrømmer, eller minner som vekker ubehagelige følelser. 3. Ubegavelige fysiske symptomer.	Automatisk(e) tanke(r) (NAT) / Tolkning(er) 1. Skriv ned automatisk(e) tanke(r)/ tolkning(er) som dukker opp like før følelsen(e) 2. Skriv ned hvor mye du tror på tanken(e)/ tolkning(en) fra 0 – 100 %	Følelse(r) 1. Spesifiser følelsen du kjenner (trist, engstelig, sint etc.) 2. Angi styrken på følelsen fra 0 -100 %	Revurdering 1. Skriv ned en alternativ og mer realistisk tolkning av situasjonen 2. Angi hvor mye du tror på den alternative tolkningen fra 0 – 100 %	Utfall 1. Angi hvor mye du tror på din(e) automatisk(e) tanke(r) nå fra 0 -100 % 2. Navngi og angi styrken til følelsen du sitter igjen med fra 0 -100 %

Spørsmål som kan hjelpe deg til å vurdere situasjonen: (1) Hva tyder på at denne tanken er sann? Ikke sann? (2) Finnes det en alternativ forklaring? (3) Hva er det verste som kan skje? Overlever jeg det? Hva er det beste som kan skje? Hva er det mest realistiske utfallet? (4) Hva skal jeg gjøre med det? (5) Hvilke konsekvenser har det at jeg tror på denne automatiske tanken? Hva kunne skje hvis jeg begynte å tenke annerledes? (6) Hvis _____ var i denne situasjonen og tenkte det samme som meg, hva ville jeg si til ham / henne?

Vedlegg 6: STC analyseprosess

STEG 1: Få eit totalinntrykk	STEG 2: Identifisere meningsbærande einingar (kode)			STEG 3: Kondensering (frå kode til mening)	STEG 4: Samanfatte funna (frå kondensering til beskriving og begrep)																			
<i>Prosess:</i> a) Underteikna og bivegleiar las dei transkriberte intervjuar kvar for seg b) Diskuterte totalinntrykket til konsensus	<i>Prosess:</i> a) Underteikna og bivegleiar koda alle data separat b) Diskuterte kodane til konsensus			<i>Prosess:</i> a) Underteikna og bivegleiar analyserte kvar for seg b) Fleire diskusjonar til ein kom til konsensus	<i>Prosess:</i> b) Underteikna og bivegleiar diskuterte funna opp mot dei transkriberte intervjuar c) Kvar av oss fann direkte sistat for å belyse funna og diskuterte dette til konsensus																			
Identifisert total inntrykk:	Identifiserte meningsværande einingar:			Kondensert mening:	Samanfatting:																			
KT brukt bevisst og ubevisst Prosess som tek tid-relatert til opplæring, internalisering og praktisk bruk	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="406 909 617 1003"> Kode * </th> <th data-bbox="628 909 738 1003"> Kilde ** </th> <th data-bbox="743 909 842 1003"> Referansar *** </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="406 1010 617 1093">Brukt KT/ ikkje bruk KT</td> <td data-bbox="628 1010 738 1093">17</td> <td data-bbox="743 1010 842 1093">42</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 1099 617 1182">Brukt til kva-anvendelse</td> <td data-bbox="628 1099 738 1182">11</td> <td data-bbox="743 1099 842 1182">27</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 1189 617 1272">Endra tankemønster</td> <td data-bbox="628 1189 738 1272">14</td> <td data-bbox="743 1189 842 1272">36</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 1279 617 1361">Opplevd endring</td> <td data-bbox="628 1279 738 1361">13</td> <td data-bbox="743 1279 842 1361">69</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 1368 617 1451">Opplæring</td> <td data-bbox="628 1368 738 1451">14</td> <td data-bbox="743 1368 842 1451">40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 1458 617 1700">Verktøy-hjelpemiddel</td> <td data-bbox="628 1458 738 1700">13</td> <td data-bbox="743 1458 842 1700">25</td> </tr> </tbody> </table>	Kode *	Kilde **	Referansar ***	Brukt KT/ ikkje bruk KT	17	42	Brukt til kva-anvendelse	11	27	Endra tankemønster	14	36	Opplevd endring	13	69	Opplæring	14	40	Verktøy-hjelpemiddel	13	25	KOGNITIV TERAPI SOM REISKAP KT som hjelpemiddel og reiskap, men utdjupande undertema: A. Opplæring B. Oppfølging C. Internalisering NYTTEVERDI VED BRUK AV KOGNITIV TERAPI KT og opplevd nytte av å lære/ bruke KT, med utdjupande undertema: A. Endra tankemønster B. Innsikt og aksept C. Handtere ny livssituasjon	Oppsummerte funn og presentasjon gjennom direkte sitat som uttrykker den kondenserte meininga.
Kode *	Kilde **	Referansar ***																						
Brukt KT/ ikkje bruk KT	17	42																						
Brukt til kva-anvendelse	11	27																						
Endra tankemønster	14	36																						
Opplevd endring	13	69																						
Opplæring	14	40																						
Verktøy-hjelpemiddel	13	25																						

*Kode: Identifiserte meningsbærande einingar

** Kilde: Antal infomantar som snakka om koden (N = 17)

*** Referansar: Antalt utsagn relater til koden