



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	315
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7773
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	94
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet i forebygging av angst og
depresjon hos kreftpasienter

Physical activity and the prevention of
anxiety and depression in cancer patients

Kandidatnummer: 315

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, HVL

12.05.2023

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

Abstract

Background

The prevalence of both cancer and mental illnesses are increasing. In addition, cancer patients often experience psychological long-term and late effects of cancer, such as depression and anxiety disorders. The benefits of physical activity for cancer patients are many, amongst others that of preventing anxiety and depression. For this reason, this study aims to examine the educational role of nurses in promoting physical activity to patients with cancer.

Research question

How can nurses contribute to the prevention of anxiety and depression in cancer patients, by promoting physical activity?

Method

The method of this bachelor thesis is a literature study, based on research articles identified through systematic literature searches, as well as relevant theory and academic literature as a basis for my background.

Summary of key findings

Physical activity is found to have a positive effect on the mental health of cancer patients, correlating with higher psychological well-being and quality of life, and a reduction in anxiety and depression. Moreover, results showed that nurses play an important educational role in the information and promotion of physical activity to cancer patients. However, patients experience barriers to be physically active and likewise, nurses experience barriers to promote physical activity to their cancer patients, and these barriers must be addressed.

Conclusion

The educational role of nurses in promoting physical activity to cancer patients have been investigated. Although nurses were found to play a crucial factor in cancer patients' participation in physical activity, both patients and nurses experienced barriers. In order to overcome these, nurses must focus on improving patient health literacy and provide them with specific and targeted information about physical activity. Additionally, nurses themselves need to be educated, both in physical activity in general, specific to that of cancer patients, and also in developing their competence in health education.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	4
1.1 Innledning.....	4
1.2 Begrunnelse for problemstilling.....	4
1.3 Problemstilling.....	4
1.4 Begrepsavklaring.....	5
1.5 Avgrensning av oppgaven.....	5
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv.....	6
2.1 Kreft og psykisk helse.....	6
2.2 Fysisk aktivitet sin påvirkning på kreftpasienters helse.....	7
2.3 Sykepleiers forebyggende og pedagogiske funksjon.....	8
2.3.1 Forebygging.....	8
2.3.2 Helsepedagogikk og helsekompetanse.....	9
3.0 Metode.....	11
3.1 Design.....	11
3.2 Søkeprosess.....	11
3.2.1 PICO.....	11
3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	12
3.2.3 Litteratursøk.....	12
3.3 Kritisk vurdering av artikler.....	13
3.4 Analyse og syntese.....	14
3.5 Etske vurderinger.....	14
4.0 Resultat.....	15
4.1 Effekten av fysisk aktivitet på kreftpasienter sin psykiske helse.....	18
4.2 Informasjon fra sykepleier.....	18
4.3 Barrierer.....	19
4.3.1 Pasientenes barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet.....	19
4.3.2 Sykepleiernes barrierer for fremming av fysisk aktivitet.....	20
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Diskusjon resultater.....	21
5.1.1 Effekten av fysisk aktivitet på kreftpasienter sin psykiske helse.....	21
5.1.2 Informasjon fra sykepleier.....	21
5.1.3 Barrierer.....	22
5.1.3.1 Pasientenes barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet.....	22
5.1.3.2 Sykepleiernes barrierer for fremming av fysisk aktivitet.....	23
5.2 Diskusjon metode.....	26
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis.....	27
Referanseliste.....	28
Vedlegg.....	35
Vedlegg 1: Søkehistorikk MEDLINE.....	35
Vedlegg 2: Søkehistorikk CINAHL.....	36
Vedlegg 3: Flytdiagram.....	42

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Definisjoner og begrepsavklaring

Tabell 2: PICO-skjema

Tabell 3: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Tabell 4: Litteraturmatrise

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan fysisk aktivitet kan brukes som et forebyggende tiltak blant kreftpasienter, for å bidra til å redusere forekomsten av psykiske lidelser som angst og depresjon, og på hvilken måte sykepleieren kan ha en sentral rolle i det forebyggende arbeidet.

1.2 Begrunnelse for problemstilling

Helsevesenet har et stort fokus på behandling av syke pasienter. Til tross for at den beste skaden er den som ikke skjer, er det ikke nok fokus på forebygging. "Vi har strengt tatt ikke et helsevesen i Norge. Vi har et sykevesen", hevder Hjelle og Aanensen (2023), og argumenterer for at vi må bli bedre til å forebygge sykdom om vi skal hindre at helsevesenet blir overbelastet. Gonzales (2020) påpeker at dette også er et stort problem innen psykisk helse, og presiserer at bredt anlagt, systematisk forebygging er den eneste måten å få bukt med samfunnsutfordringene fra psykiske lidelser på. I tillegg er forekomsten av både kreft og psykiske lidelser økende, og andelen kreftpasienter som overlever øker, samtidig som kronisk syke pasienter er mer utsatt for psykiske lidelser som angst og depresjon (FHI, 2021b). Vi har således behov for et helsevesen som jobber mer forebyggende, og jeg ønsker å rette fokus på sykepleiers rolle i forebygging av angst og depresjon blant kreftpasienter. Jeg vil fokusere på fysisk aktivitet, ettersom det har dokumentert effekt på angst og depresjon (Bystritsky, 2021; Schuch et al., 2016; Pedersen & Saltin, 2015), og dessuten er anbefalt for kreftpasienter både før, under og etter behandling (Kreftforeningen, 2022a).

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra i forebygging av angst og depresjon hos kreftpasienter, ved å fremme fysisk aktivitet?

1.4 Begrepsavklaring

Tabell 1: Definisjoner og begrepsavklaring

Begrep	Definisjon	Avklaring
Kreft	“Kreft er en fellesbetegnelse på en stor gruppe sykdommer der det er ukontrollert celledeling og spredning av celler.” (Roald et al., 2023)	Oppgaven differensierer ikke type kreft, behandling, prognose og stadium, eller hvor pasienten er i behandlingsforløpet
Angst	“En psykologisk og fysisk tilstand som kan innebære følelsen av frykt, bekymring, uro og panikk og som enten kan utløses av ytre faktorer eller uten åpenbar grunn” (FHI, 2021b)	Oppgaven differensierer ikke type eller alvorlighetsgrad av angstlidelser
Depresjon	“Kjennetegnet av nedstemthet og mindre energi enn vanlig, svekket konsentrasjon og interesse for omgivelsene. Søvn og appetitten er ofte forstyrret, selvtilliten svekket, og forestillinger om skyld og verdiløshet kan være til stede” (FHI, 2021b).	Oppgaven differensierer ikke type eller alvorlighetsgrad av depresjon
Fysisk aktivitet	“All kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå.” (Folkehelseinstituttet, 2022)	Oppgaven tar bevisst for seg begrepet fysisk aktivitet og ikke utelukkende trening, og den skiller heller ikke på intensitetsnivå. Den omfatter derfor et bredt spekter av type og grad av fysisk aktivitet.
Helsefremmende arbeid	“Tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger folk utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom.” (Braut & Thelle, 2022)	Selv om fysisk aktivitet i seg selv er et helsefremmende tiltak, fokuserer oppgaven i stor grad på sykepleiers rolle i å fremme fysisk aktivitet. Med å fremme i denne sammenheng, tenker jeg på promotering, opplæring, råd og støtte.

1.5 Avgrensning av oppgaven

Selv om fysisk aktivitet har en påvist effekt på både forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser, ønsket jeg å avgrense oppgaven til forebygging av angst og depresjon hos kreftpasienter, ettersom denne pasientgruppen har høyere forekomst av begge lidelsene (OUS, u.å.-a; Helsedirektoratet, 2019). Jeg ønsket også å se på de to psykiske lidelsene samlet sett, fordi det er påvist en sterk samsykelighet for angst og depresjon og forskning viser ofte til dokumentert effekt på begge lidelsene (Plana-Ripoll et al., 2020). Jeg har ekskludert barn i denne litteraturstudien ettersom jeg ønsket å fokusere kun på voksne. Videre har jeg også avgrenset konteksten til sykehus, ettersom det er på sengepost og i poliklinikk at sykepleiere har mest kontakt med kreftpasienter.

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

2.1 Kreft og psykisk helse

Kreft er en fellesbetegnelse på rundt 200 ulike kreftformer som kan oppstå i alle kroppens organer, og får derfor ofte navn etter organet den oppstår i (Roald et al., 2023). Selv om det er mange fellestrekk, er det mye som skiller kreftformene fra hverandre som gjør at både sykdomsforløp, behandling og prognose for overlevelse varierer stort (Kreftforeningen, 2023). Det er en alvorlig og utbredt sykdomsgruppe, og forekomsten er økende. Mange blir berørt, både direkte gjennom kreftsykdommen og indirekte som pårørende. I 2021 ble det registrert 36 998 nye krefttilfeller i Norge, nesten 7000 flere tilfeller enn for 10 år siden (Kreftregisteret, 2022). En viss vekst i antall krefttilfeller er likevel forventet, grunnet økt levealder og en større befolkning i Norge. Likevel, er kreftdødeligheten på vei ned og overlevelsen øker. Etersom prognosen for mange kreftsykdommer stadig blir bedre, er det flere personer som lever lenger med kreftdiagnosen sin (Kreftregisteret, 2022). Derfor er det viktig å sikre at de lever best mulig med sykdommen sin, og i den forbindelse er det avgjørende å se på den psykiske helsen også. Forekomsten av psykiske lidelser generelt i befolkningen er høy. Av den voksne befolkningen vil 16–22 prosent oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder, og det er angstlidelser og depresjon som er de vanligste psykiske lidelsene blant voksne (FHI, 2018). Psykiske plager er også høyere blant dem som er kronisk syke enn resten av befolkningen (FHI, 2021b).

Ved kreftsykdom, og etter behandling, er det mange pasienter som opplever seneffekter og fysiske plager som fatigue og lymfødem, men det er også vanlig med en rekke psykiske reaksjoner og ettervirkninger. Det kan blant annet være ensomhet, sorg, fornektelse, en følelse av urettferdighet og uvirkelighet, søvnproblemer, angst og uro (Kreftforeningen, 2022b). Kreft er utvilsomt en diagnose som gir en rekke bekymringer, tanker og følelser tilknyttet spørsmål om overlevelse, frykt for tilbakefall, senvirkninger, hensyn til pårørende m.m., og undersøkelser viser at det er mye vanligere å utvikle symptomer på angst og depresjon etter diagnose og behandling for kreftsykdom, enn man tidligere var klar over (OUS, u.å.-a; Helsedirektoratet, 2019). I sin studie, fant Loge og Kaasa (2000) at både angstsymptomer og depressive symptomer er særlig vanlig blant pasienter med langtkommen kreft, og hevder at det kan være direkte uttrykk for den medisinske tilstanden. De trekker likevel frem at det er svært ulik prevalens i ulike studier, og peker på manglende

standardisering av målemetodikk og diagnostiske kriterier som hovedårsaken til at forekomsten er så forskjellig. Det er riktignok også stor variasjon i hvordan ulike mennesker mestrer kreftsykdommen og det varierer med alvorlighetsgrad og stadier av kreftdiagnosen (FHI, 2021a). Det vil således være nyttig å kartlegge den psykiske helsen til kreftpasienter, som i stor grad påvirker deres livskvalitet. Livskvalitet kan beskrives som “en persons vurdering av livet sett i lys av mål, forventninger og standard knyttet til kulturen og verdisystemet vi lever i” (WHOQOL Group, 1995). Kreftregisteret (2021) har faktisk hatt en økt satsing på pasientrapportert informasjon om helse og livskvalitet i Norge siden 2021, for å få bedre innsikt i hvordan sykdommen og behandlingen påvirker kreftpasienter. Nasjonal kreftstrategi (2018-2022) *Leve med kreft* trekker også frem “best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende” som ett av fem målområder i fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.2 Fysisk aktivitet sin påvirkning på kreftpasienters helse

Kreftbehandling kan være en stor belastning for både fysisk og psykisk helse, og nasjonal kreftstrategi (2018-2022) påpeker derfor at rehabiliteringstiltak som ivaretar pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov skal vektlegges, og være mest mulig integrert i behandlingsforløpet. Fysisk aktivitet trekkes videre frem som et fokusområde nasjonalt, og økende de senere år som et viktig ledd i rehabiliteringen av pasienter med kreftsykdom. Kreftforeningen (2022a) tilbyr treningsopplegg tilpasset kreftpasienter, som treningsgrupper på Pusterommet og aktivitetstilbud på Vardesentre, i tillegg til å henvise til utdannede AKTIV-instruktører med spesialkompetanse i å trene mennesker som har gjennomgått kreftbehandling. Helseeffektene av fysisk aktivitet er godt dokumentert, og det fremmer helse i alle kjønn og aldersgrupper. Til tross for de mange og velkjente fordelene med å være i regelmessig bevegelse, bruker vi stadig mer tid på stillesittende aktiviteter, og kun 30% av den voksne befolkningen følger Helsedirektoratets anbefalte aktivitetsnivå (FHI, 2022). Forskning tyder på at statistikken er enda dårligere for pasienter med alvorlig eller kronisk sykdom, deriblant kreftpasienter (Bränström et al., 2015; Hausmann et al., 2018). Dette, til tross for at det også for kreftpasienter er anbefalt å være i regelmessig fysisk aktivitet, både under og etter kreftbehandling. I råd om fysisk aktivitet og kreft, argumenteres det for en reduksjon i bivirkninger og følgetilstander etter kreftbehandling, som redusert muskelstyrke og kondisjon, kvalme og fatigue, mindre risiko for benskjørhet og søvnproblemer, samt reduksjon i stress, angst og depresjon (OUS, u.å.-b; Kreftforeningen, 2022a).

Selv om helsegevinstene for vår fysiske helse er velkjent, viser forskning at fysisk aktivitet kan være vel så viktig for den psykiske helsen (Helsedirektoratet, 2022; Hjelle, 2018). Det organet som påvirkes mest når vi er i bevegelse er utvilsomt hjernen (Hansen, 2017; Spirduso et al., 2008). Det gir umiddelbar gevinst på humøret, bedre hukommelse, og økt kreativitet, oppmerksomhet og konsentrasjonsevne. Det er flere hypoteser, både nevrobiologiske og psykologiske, om hvorfor fysisk aktivitet gir bedre psykisk helse. De nevrobiologiske hypotesene handler om hvordan fysisk aktivitet stimulerer til cellevekst og økt konsentrasjon av signalstoffer i hjernen som påvirker humøret, som dopamin og serotonin. De psykologiske hypotesene handler om effekten av distraksjon, kognitiv restrukturering, mestringstro og fysisk aktivitet som en positiv avhengighet (Gonzales, 2020). I sin studie, fant Pedersen og Saltin (2015) at fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge og behandle over 30 ulike sykdommer og tilstander, deriblant angst og depresjon. De siste tiårene er det gjort en rekke forskning som understøtter funn på at fysisk aktivitet har en positiv effekt på personer med depresjon og angst (Bystritsky, 2021; Kvam et al., 2016; Larun et al., 2006; Schuch et al., 2016). Studier har også vist at treningsgrupper med likesinnede har god effekt på den psykiske helsen til kreftpasienter. De bidrar til å redusere følelsen av ensomhet, urettferdighet og fornektelse (Kreftforeningen 2022b), og kreftpasienter som deltar i slike treningsgrupper, oppgir økt psykososial støtte, fellesskap, økt helse relatert livskvalitet og lavere nivå av kreftrelatert fatigue (Murray et al., 2012). I henhold til de yrkesetiske retningslinjene er man som sykepleier pliktig til å “holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Sykepleiere har således en sentral rolle i å fremme nytten av fysisk aktivitet for pasienter med kreft i sykehus.

2.3 Sykepleiers forebyggende og pedagogiske funksjon

2.3.1 Forebygging

Som sykepleier har man en helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjon (Kristoffersen et al. 2016). Psykiske lidelser koster samfunnet langt mer enn somatiske lidelser og er landets dyreste sykdomsgruppe (280-290 milliarder i året), og halvparten av sykdomsbyrden skyldes kun depresjon og angstlidelser (Gonzales, 2020). Som sykepleier har man mulighet til å bidra i det forebyggende arbeidet for å hindre eller begrense angst og depresjon hos kreftpasienter, ettersom man har regelmessig kontakt med pasienten gjennom hele kreftforløpet. I tillegg, forebygging er mer effektivt og rimeligere enn

behandling (Hjelle & Aanensen, 2023), fysisk aktivitet er et tiltak med svært få bivirkninger og lite kostnader forbundet med det (Larun et al., 2006). Som delmål i den nasjonale målsettingen, skal kreftpasienter også få god og skriftlig informasjon om rehabilitering ved utskrivelse, om frisklivstilbud i kommunene, informasjon og tilbud om kurs og oppfølging ved lærings- og mestringssentre, og det skal legges til rette for tilbud om fysisk aktivitet i hele pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Men, selv om man som sykepleier er ansvarlig for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, u.å.), viser en norsk studie at mange sykepleiere synes begrepene forebyggende og helsefremmende arbeid er uklar og vanskelig å forholde seg til i det daglige arbeidet (Melby & Mandal, 2015).

2.3.2 Helsepedagogikk og helsekompetanse

En rolle som er tett forbundet med sykepleiers forebyggende helsearbeid, er sykepleiers pedagogiske rolle. Den innebærer “alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger” (Tveiten, 2008, s. 30). For å kunne samhandle hensiktsmessig med både pasient og pårørende er det en forutsetning at helsepersonell har kompetanse i helsepedagogikk. Helsepedagogikk kan forstås som “alt som har å gjøre med læring, utvikling, undervisning og veiledning når det gjelder helse” (Tveiten, 2020, s.14), og begrepet helsepedagog brukes som en betegnelse på fagpersoner i helsevesenet som gir informasjon, undervisning eller veiledning individuelt og i grupper, og forutsetter ikke en formell kompetanse utover det å være for eksempel sykepleier (Hvinden et al., 2019). I sykehus har sykepleieren både en rolle som veileder og som underviser overfor pasienter og pårørende om sykdom, behandling og ulike tiltak. I spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) finner vi dette nedfelt i lovs form, i punkt 4. Sykepleiere har dermed et viktig ansvar for pasientens helsekompetanse, altså personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Pasientinformasjon, undervisning og veiledning kan forstås som forutsetninger for tilstrekkelig helsekompetanse, og dermed også for brukermedvirkning (Tveiten, 2020). Dessuten, er sykepleiers plikt til å gi informasjon regulert i helsepersonelloven (1999, § 2-10), og ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har pasienten krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen, samt informasjon om mulige risikoer og bivirkninger.

I tillegg til at man som sykepleier er pliktig til å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, peker også de yrkesetiske retningslinjene på at man må forsikre seg om at informasjonen faktisk blir forstått, som en forutsetning for at pasienten skal kunne ta velinformerte og selvstendige valg (Norsk Sykepleierforbund, u.å). Likevel, er det mange pasienter som har problemer både med forståelsen og anvendelsen av informasjonen de får fra helsevesenet, og forskning viser at det ofte er stor forskjell mellom hva pasienten faktisk forstår, og det leger og sykepleiere tror de forstår (Jenum & Pettersen, 2014). Dette er særlig relevant for kreftpasienter, ettersom en krevende og stressfull livssituasjon kan påvirke og begrense inntak av informasjon. I den forbindelse er det relevant å trekke frem didaktikk, som refererer til praktisk undervisningslære, og den didaktiske relasjonsmodellen, utviklet av Bjørndal og Lieberg (Hiim & Hippe, 2009). Selv om begrepet didaktikk ofte benyttes om læring i skole, omfatter det også læring i annen organisert sammenheng (Sjøberg, 2020), og derfor sentralt å trekke frem i diskusjonen om helsepedagogikk og sykepleiers pedagogiske funksjon.

Den didaktiske relasjonsmodellen tar utgangspunkt i en rekke ulike faktorer som påvirker læring; deltakerforutsetninger, mål, rammefaktorer, arbeidsmetoder, innhold og evaluering (Hiim & Hippe, 2009). Det kan være deltakerforutsetninger som forkunnskap, motivasjon og læreforutsetninger, og rammefaktorer som tid, sted, hjelpemidler og annet læringsmaterieill. Videre ser man på hvilke mål som er realistiske, hvilket innhold som skal presenteres for å nå målene innenfor eksisterende rammer, og hvilken pedagogiske tilnærming, arbeidsmetode og verktøy som er passende for målgruppen. I tillegg må undervisningssituasjonen evalueres, gjerne fortløpende, for å kartlegge hva som skaper læring og ikke. Alle disse elementene er gjensidig avhengig av hverandre og de krever ulike pedagogiske vurderinger. Kunnskap om de ulike faktorene og hva som påvirker den enkelte pasient, kan brukes for å legge til rette for læring hos både pasient og pårørende. Selv om modellen har sitt hovedfokus på undervisning, kan de samme pedagogiske vurderingene med fordel gjøres i forbindelse med både informasjon og veiledning, og er dermed relevant for sykepleiers pedagogiske rolle i møte med kreftpasienter.

3.0 Metode

3.1 Design

Den metodiske fremgangsmåten i denne oppgaven er en litteraturstudie, som handler om å systematisere kunnskap fra andre skriftlige kilder, og innebærer at man samler inn litteratur, går kritisk gjennom den og sammenfatter det hele (Thidemann, 2019). Jeg anser det som mest relevant for å besvare min problemstilling, og det er den som er styrende for hele oppgaven, inkludert metodevalget (Dalland, 2020). Således, kan jeg bidra til å oppsummere eksisterende litteratur basert på relevant teori, forskningsartikler og faglitteratur om sykepleiers rolle i forebygging av angst og depresjon hos kreftpasienter. Med mye tilgjengelig litteratur er det viktig at problemstillingen er tydelig og avgrenset slik at det er klart hva man retter søkelyset på (Dalland, 2020), og jeg valgte derfor å fokusere på fysisk aktivitet i denne sammenhengen.

3.2 Søkeprosess

De ulike typene kjernes spørsmål besvares gjerne med ulike studiedesign eller forskningsmetoder (Helsebiblioteket, u.å.-b). Ettersom min problemstilling søker å besvare et kjernes spørsmål som baserer seg på kunnskap om effekt av tiltak, er randomisert kontrollert studie (RCT) det foretrukne studiedesignet. På bakgrunn av tilgjengelig litteratur, ble det likevel nødvendig å inkludere artikler med andre forskningsmetoder. Blant to utvalgte litteraturstudier, baserer riktignok en av dem seg kun på RCT studier (Zweers et al., 2016), men den andre inkluderer også flere andre studiedesign (Crawford et al., 2018).

3.2.1 PICO

For å definere mitt forskningsspørsmål, har jeg brukt rammeverket PICO, ettersom det er et godt verktøy for å gjøre problemstillingen presis, og for å klargjøre spørsmålet til litteratursøk (Helsebiblioteket, u.å.-b). PICO gjorde det enklere å finne relevante søkeord og kombinere disse på en hensiktsmessig måte, og bidro dermed i oppbyggingen av det systematiske søket. Jeg valgte å ekskludere C (comparison) i PICO ettersom jeg ikke skulle sammenligne tiltaket med andre. Jeg søkte med ulike søkeord for population som *Cancer* og *Cancer patients*, søkeord for intervention som sentrerte seg rundt både sykepleiers rolle, som *Nurs* role* og *Cancer nursing*, og for fysisk aktivitet, som *Physical activit** og *Exercise*, og til slutt, for outcome brukte jeg søkeord som *Health Promotion*, *Anxiety prevention* og *Depression*

prevention. Jeg brukte den norske versjonen av MESH for å finne de engelske emneordene, ettersom mesteparten av litteraturen er på engelsk.

Tabell 2: PICO-skjema

	P - population/ problem	I - intervention	O - outcome
Norske ord	Kreftpasienter	Sykepleier, sykepleietiltak, sykepleier-pasient relasjon, fysisk aktivitet	Forebygging, helsefremming, mental helse, angst og depresjon
MeSH (emneord)	Cancer	Nurse-Patient Relations, exercise	Health promotion, Mental health, Anxiety, Depression
Tekstord	Cancer patients	Cancer nursing, Nurs*, nurse's role, nursing intervention*, physical activit*, physical activity promotion	Preventative health*, prevent* anxiety, anxiety prevention, prevent*depression, depression prevention

3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Jeg har definert noen klare kriterier for hvilke studier som skal inkluderes og ekskluderes. I tråd med dette presenterer jeg mine inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven.

Tabell 3: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kun siste 10 år Kreftpasienter Forebygging av angst og depresjon Engelskspråklige og norskspråklige artikler	Ikke artikler eldre enn 10 år Ikke andre pasientgrupper Ikke forebygging av andre lidelser Ikke artikler på andre språk enn norsk og engelsk

3.2.3 Litteratursøk

Litteraturstudie som metode innebærer at man foretar systematiske søk i aktuelle databaser (Persson, 2021). Etter å ha gjennomført en rekke innledende testsøk i flere databaser, foretok jeg de mer planlagte og omfattende systematiske søkene i de helsefaglige databasene MEDLINE og CINAHL. Førstnevnte er en stor database innenfor medisin og helse generelt, mens CINAHL i større grad dekker fagområdet sykepleie spesielt. For å søke systematisk, foretok jeg først søk for P, I, eller O, inkludert bruk av OR for å kombinere søkeordene, og til slutt med den boolske operatøren AND for å få en kombinasjon av alle søkeordene. Jeg

gjennomførte tilsvarende like systematiske søk i MEDLINE og CINAHL, men i sistnevnte brukte jeg kun søkeord for fysisk aktivitet på I for å utvide søket. Det eneste filteret som ble benyttet for å begrense søket var for årstall, fra 2012-2022. Det er viktig å dokumentere søkeprosessen og søkehistorikken, slik at det er etterprøvbart, og andre kan gjenta søket og vurdere om relevante studier er funnet (Thidemann, 2019). Av den grunn, se vedlegg 1 og 2 for søkehistorikk, som inneholder informasjon om hvilke databaser, dato for søk, søkeord (både emneord og tekstord), hvilke filtre som er benyttet i søket, og antall treff. Her fremgår det også når jeg har søkt med boolske operatører (AND og OR) for å kombinere relevante søkeord, og når jeg har brukt trunkering (*) for å inkludere ulike varianter av søkeordene. Etersom jeg hadde et stort antall artikler (839) etter de systematiske søkene var gjennomført og duplikater var fjernet, foretok jeg en grovsortering basert på tittel, etterfulgt av en screeningprosess hvor jeg ekskluderte mange artikler kun basert på abstraktet. Jeg har inkludert et flytdiagram (vedlegg 3) som illustrerer søk- og utvelgelsesprosessen (Thidemann, 2019), ettersom dette gir en ryddig oversikt over hvordan jeg kom frem til de endelig seks forskningsartiklene jeg valgte å bruke.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

I grovsorteringen har jeg foretatt en vurdering basert på om artikkelen hadde en tydelig formulert problemstilling, og om studiedesignet virket velegnet for å svare på den gitte problemstillingen. Deretter benyttet jeg meg av Helsebiblioteket sine sjekklister for å kritisk vurdere forskningslitteraturen jeg har brukt. Det finnes ulike sjekklister for å kritisk vurdere ulike typer studiedesign (Helsebiblioteket, u.å.-a), så ved gjennomgang av den enkelte artikkel har jeg brukt den sjekklisten som passer best til den vitenskapelige metoden som er benyttet i artikkelen. I utgangspunktet ønsket jeg å kun inkludere fagfellevurderte artikler, men måtte fjerne det filteret i søket på grunn av begrenset antall treff. Svakheter som ble avdekket under kritisk vurdering av de ulike forskningsartiklene, som uklar definisjon på fysisk aktivitet, lite utvalg, høy risiko for systematiske skjevheter (særlig social desirability bias med tanke på selvrapporing av fysisk aktivitet) og manglende kommentar om etiske overveielser eller godkjenning, er inkludert i en egen kolonne i litteratormatrisen. Se under "kommentar" i tabell 4 for både styrker og svakheter ved de ulike artiklene.

3.4 Analyse og syntese

Etter at kvaliteten på artiklene var kritisk vurdert, leste jeg gjennom tekstene flere ganger for å få en følelse av helhet før jeg kunne starte på analysen og syntesen. Jeg har foretatt en form for innholdsanalyse av resultatene, en tematisk analyse, hvor funnene som fremstilles gjenspeiler visse mønster og gjennomgående tema fra forskningsartiklene, som har en klar sammenheng med problemstillingen som undersøkes. Jeg begynte arbeidet med å kategorisere og systematisere data fra de utvalgte artiklene i forskjellige tema, for så å analysere og sette dem sammen som en helhet. De utvalgte temaene jeg kom frem til, fremgår av resultatene som er sammenfattet i resultatkapitlet og samsvarer med temaene som drøftes i diskusjonskapitlet. I tråd med anbefalingene til Thidemann (2019), brukte jeg markeringsverktøy til å fargekode meningsbærende enheter (tekstbiter) med samme meningsinnhold. Det bidro til å synliggjøre forskjeller og likheter, sammenhenger og felles tema som går igjen. Kodene ble deretter sortert med tanke på likheter og forskjeller i innholdet. I tillegg, utarbeidet jeg en litteratormatrise (se tabell 4) hvor jeg sammenstilte artiklene i en oversikt, og noterte ned viktig informasjon fra de utvalgte artiklene. Dette er et nyttig hjelpemiddel for å sammenfatte innholdet fra forskningsartiklene (Thidemann, 2019).

3.5 Ethiske vurderinger

Til sammenligning med å utføre et eget empirisk forskningsstudie, hvor man har planlagt forskningsmetoden og tatt stilling til en rekke variabler selv, er det andre etiske overveielser å ta hensyn til ved bruk av litteraturstudie som metode. Ettersom en litteraturstudie baserer seg på kunnskap som allerede er etablert ved å analysere eksisterende forskning (Dalland, 2020), vil etiske hensyn innebære å kvalitetssikre kildene man benytter seg av. For eksempel, om studiene har fulgt etiske retningslinjer for å sikre informert samtykke blant respondenter og intervjuobjekter, og at deres anonymitet er ivaretatt. De fleste av forskningsartiklene jeg inkluderte hadde fått godkjenning av en etisk komité, men ikke alle (se litteratormatrise). Det er også viktig å være bevisst sin egen rolle i datainnsamlingen, både ved utvelgelse av forskningsartikler og fremstillingen av disse. Jeg har forsøkt å etterstrebe transparens gjennom hele oppgaven, både ved å tydeliggjøre forskjeller mellom egen refleksjon og sitat hentet fra andre, sikre presise kildehenvisninger samt konsekvent og korrekt bruk av referansestilen APA 7 (Redaksjonen for norsk APA-stil, 2023), i tråd med HVLs retningslinjer for bacheloroppgave (HVL, 2020), og for å sikre etterprøvbarehet i litteraturgjennomgangen.

4.0 Resultat

Denne delen av oppgaven tar for seg resultater hentet fra forskningsartikler jeg har fått fra de systematiske søkene i databasene Medline og Cinahl. Jeg har inkludert seks forskningsartikler i denne litteraturstudien. Mer spesifikt, tre tverrsnittstudier, to litteraturstudier, og en med kvalitativ metode basert på semistrukturerte intervjuer. Jeg vil først presentere litteratormatrisen for å gi en oversikt av artiklenes studiedesign, utvalg, resultater, styrker og svakheter, etterfulgt av en tematisk presentasjon av hovedfunnene.

Tabell 4: Litteratormatrise (se side 16-17)

Forfatter, år, tidskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Brånström et al. (2015) European Journal of Oncology Nursing	Physical activity following a breast cancer diagnosis: Implications for self-rated health and cancer-related symptoms	Å undersøke nivå av fysisk aktivitet de første to årene etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft, og utforske i hvilken grad fysisk inaktivitet kan predikere fysiske symptomer, psykiske plager og selvvurdert helse	Spørreundersøkelse med et prospektivt kohortdesign. Pasientene besvarte 6 spørreundersøkelser; etter operasjon, og 4, 8, 12, 18 og 24 mnd etter	726 kvinner (som nylig hadde hatt brystkreftoperasjon)	Mindre enn 1/3 var fysisk aktiv nok "at baseline". Redusert nivå av fysisk aktivitet etter operasjon, økt nivå på 8-mnd oppfølging, deretter nedgang ved neste oppfølging. Fysisk inaktivitet var relatert til redusert helse og økte symptomer som smerte, depresjon og angst.	<u>Styrker:</u> Stort utvalg og prospektivt studiedesign, og studien godkjent av the regional Ethical Board; No. 2007/612-31/4. <u>Svakheter:</u> Manglet klar definisjon på fysisk aktivitet, begrensninger tilknyttet selv-rapportering (social desirability bias, ulik tolkning av spørsmålene), en del respondenter med mangelfulle svar ved oppfølgingsmålingene. Kun spørreundersøkelse for datainnsamling; ingen kvalitative data for å gi dypere forståelse og forklaring til individuelle forskjeller.
Crisford et al. (2018) Patient Education and Counseling	Factors associated with physical activity promotion by allied and other non-medical health professionals: A systematic review.	Å identifisere faktorer knyttet til ikke-medisinsk helsepersonells engasjement i promotering av fysisk aktivitet.	Litteraturstudie	30 studier fra 5 databaser med totalt 7734 ikke-medisinsk helsepersonell (deriblant mange sykepleiere)	Hovedfaktorene knyttet til både engasjement for, og deltakelse i, å fremme fysisk aktivitet var: Positive tanker om fysisk aktivitet og tro på fordelene med dette, mestringstro i å fremme fysisk aktivitet og opplæring i dette, og vurdering av pasientens aktivitetsnivå.	<u>Styrker:</u> Stort utvalg, basert på 30 separate studier, fra 5 ulike databaser. Valgene tilknyttet studiedesign, utvelgelse av data og kvalitetsvurdering er uavhengige. Inkluderer også studier fra mange ulike land. <u>Svakheter:</u> Begrensninger knyttet til studiedesign var bl.a. mangel på informasjon om ikke-responderter, kun brukt kvantitativt studiedesign, begrenset testing av reliabilitet og validitet av målingene og mangel på RCT studier. Inkluderte også studier fra andre helseprofesjoner enn sykepleiere. Ingen kommentar om etiske overveielser eller godkjenning, med unntak av at forfatterne bemerker at de så på både "ethics" og "conflict of interests" i litteraturnomgangen.
Keogh et al. (2017) Oncology Nursing Forum	Physical Activity Promotion, Beliefs, and Barriers Among Australasian Oncology Nurses	Å undersøke australske kreftsykepleierne sin praksis for å fremme fysisk aktivitet, samt sykepleiernes tanker om og tro på dette, og hvilke barrierer som eventuelt hindret dem i å fremme fysisk aktivitet til sine pasienter	Tverrsnittundersøkelse (Selvrapportert spørreundersøkelse på nett, gjennomført en gang per deltaker)	119 kreftsykepleiere	Kreftsykepleierne mente de var viktigste kilde til råd om fysisk aktivitet til sine pasienter. De promoterte fysisk aktivitet før, under og etter behandling. De tre mest hyppig nevnte fordelene med fysisk aktivitet for sine pasienter var: Forbedret livskvalitet, mental helse og for daglige aktiviteter. De vanligste barrierene for å fremme fysisk aktivitet var: Mangel på tid, mangel på tilstrekkelige støttestrukturer og risiko for pasienten.	<u>Styrker:</u> Kvantifiserbar data (stort sett MCQ) gir sammenlignbare resultater, undersøkelsen inkluderte spørsmål/format for å minske sannsynligheten for systematiske skjevheter (særlig social desirability bias), og studien fikk etisk klarering fra The Bond University Human Review Ethics Committee og the Human Ethics Committee på University of Otago. <u>Svakheter:</u> Lite utvalg, og ikke nødvendigvis representativt for populasjonen. Uvisst om sykepleiere jobbet på sykehus med fysio og/eller treningsrapauter og om dette påvirket resultatene. Uklar definisjon på fysisk aktivitet.

Forfatter, år, tidskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Wilhelmsson et al. (2017) European Journal of Oncology Nursing	Motivation to uphold physical activity in women with breast cancer during adjuvant chemotherapy treatment	A undersøke faktorer tilknyttet pasienter med brystkreft sin delaktelse i fysisk aktivitet under cellegiftbehandling, både faktorer assosiert med ulikt aktivitetsnivå og motivasjon til å engasjere seg i aktivitet og effekten av fysisk aktivitet på både den psykiske og fysiske helsen	Tverrsnittundersøkelse (descriptivt og komparativt design med et studie-spesifikt spørreskjema)	100 kvinner med brystkreft som mottok adjuvant kjemoterapi	Faktorer tilknyttet deltagelse i fysisk aktivitet var: å være fysisk aktiv før diagnose og informasjonen gitt av kreftsykepleier før behandlingsstart. De fysiske aktive kvinnene opplevde høyere psykisk velvære og en bedre mental tilstand, mindre fátigue og raskere bedring etter behandling. De kjente også på en generell treningsfølelse ("overall feeling of fitness")	Styrker: Kombinasjon av kvantifiserbar data (analysert med Pearsons korrelasjonskoeffisient og lineær regresjon), samt noe kvalitativ data (åpent spørsmål), og studien fikk etisk godkjenning av Research Ethics Committee - Uppsala, Sweden. Svakheter: Lite utvalg, ikke et uavhengig utvalg. Sykepleierne kan ha vært "gatekeepers" (kun rekruttert kvinner de selv synes passet). Ikke bruk standardisert spørreskjema, men oversatt det til svensk. Uklar definisjon på fysisk aktivitet. Begrensninger tilknyttet selv-rapportering, som underestimering og overestimering av svarene, samt bias (recall bias, social desirability bias)
Zweers et al. (2016) International Journal of Nursing Studies	Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: A systematic literature review	Mål om å gi en oversikt over, og evaluere effekten av, ikke-farmakologiske sykepleietiltak for å støtte og håndtere angst hos kreftpasienter.	Litteraturstudie	7 RCT studier hentet fra totalt 4 databaser	Sykepleietiltakene ble kategorisert i pasientundervisning, telemonitoring, psykoterapi, komplementær omsorg eller en kombinasjon av disse. To av studiene fant at sykepleiere kan spille en meningsfull rolle i håndteringen av angst med hensyn til tidlig oppdagelse, samt i noen psykoterapeutiske intervensjoner	Styrker: Kun randomiserte kontrollerte studier (RCT); beste design for å måle effekt av tiltak. Svakheter: Høy risiko for skjevhet, særlig "attrition bias" pga. randomiseringsprosessen og mangel på "blinding", ikke begrenset søket på antall år så noen studier var eldre. Ingen kommentar om etiske overveielser eller godkjenning, med unntak av "conflict of interest: none declared"
Hausmann et al. (2018) European Journal of Cancer Care	What hinders healthcare professionals in promoting physical activity towards cancer patients? The influencing role of healthcare professionals' concerns, perceived patient characteristics and perceived structural factors	Å undersøke og gi en omfattende beskrivelse av hvilke faktorer som påvirker helsepersonells atferd i å fremme fysisk aktivitet, og identifisere årsakene til og mekanismene bak dem.	Kvalitativ metode; semi-strukturerte intervjuer	30 helsepersonell, hvorav 10 sykepleiere	Helsepersonell hadde bekymringer for fysisk overanstrengelse og psykisk stress for kreftpasientene. Pasienters fysiske tilstand og den antatte interessen for fysisk aktivitet, ofte basert på tidligere aktivitetsnivå, viste seg å være de mest avgjørende pasientkarakteristika som påvirket om fysisk aktivitet blir adressert. Strukturelle faktorer som var relevante for fremming av fysisk aktivitet, gjaldt interne strukturer, helsepersonells arbeidsmengde, timing og koordinering, informasjonsmaterieill for både helsepersonell og pasienter, og tilgjengelighet av treningsprogrammer	Styrker: Kvalitativ data kan gi bred informasjon om de underliggende årsakene, oppga definisjon av fysisk aktivitet, og studien fikk etisk godkjenning fra den etiske kommisjonen ved Faculty of Behavioural and Cultural Studies på Heidelberg University. Svakheter: Lite utvalg, og spørsmål om overførbarhet av data fra lege til sykepleiere, men også om overførbarhet av praksisen i Tyskland til andre land.

4.1 Effekten av fysisk aktivitet på kreftpasienter sin psykiske helse

I sin tverrsnittstudie av 100 kvinner med brystkreft, fant Wilhelmsson et al. (2017) at fysisk aktivitet var assosiert med mindre fatigue og bedre restitusjon mellom cellegiftbehandlinger, men også en bedre mental tilstand og generelt høyere psykisk velvære. Korrelasjonsanalysene viste signifikante resultater mellom fysisk aktivitet under behandling og høyere fysisk og psykisk velvære. Deltakerne følte seg mindre slitne, opplevde bedre restitusjon fra cellegiftbehandlinger, og forbedret psykisk helse. Fysisk aktivitet sin positive effekt på den psykiske helsen til kreftpasienter bekreftes også av studiene til Bränström et al. (2015). De foretok en spørreundersøkelse til 726 kvinner som nylig hadde hatt en brystkreftoperasjon, og fant at fysisk inaktivitet var relatert til redusert helse og økte symptomer som smerte, depresjon og angst. Analysen av resultatene viste at funnene var signifikante mellom rapportert fysisk inaktivitet og høyere sannsynlighet for depresjon. Studien viste også at fysisk inaktivitet over tid var relatert til økt sannsynlighet for å rapportere angst. I samsvar med funnene gjort i disse selvrapporterte spørreundersøkelsene, viser Keogh et al. (2017) at når sykepleierne selv blir spurt om hvilken effekt de opplever at fysisk aktivitet har på sine kreftpasienter, er bedre mental helse, forbedret livskvalitet og positiv påvirkning på daglige aktiviteter også de mest hyppig nevnte fordelene blant sykepleierne. 89% av respondentene svarte at de var enig eller svært enig i at fysisk aktivitet bedrer den mentale helsen til kreftpasienter, og 90% mente at det forbedret pasientens helserelaterte livskvalitet. De fleste sykepleierne (85%) mente også at fysisk aktivitet reduserer risikoen for å utvikle andre kroniske sykdommer.

4.2 Informasjon fra sykepleier

I sin litteraturstudie av ikke-medikamentelle sykepleietiltak for å håndtere angst hos kreftpasienter, fant også Zweers et al. (2016) at sykepleierne kan spille en meningsfull rolle i utøvelsen av sin pedagogiske funksjon. Forskerne så på syv RCT studier, og fire av disse bygget på et pedagogisk element, som pasientopplæring, som intervensjon mot håndtering av angst. To av studiene viste en signifikant bedring i angstnivå hos pasienter som mottok pasientundervisning. Helsepersonell, særlig sykepleiere, spiller en viktig rolle for kreftpasienter som kilde til informasjon om fysisk aktivitet (Hausmann et al., 2018). Wilhelmsson et al. (2017) fant at flertallet av kreftpasientene i deres studie hadde fått informasjon om fysisk aktivitet fra helsepersonell i forbindelse med cellegiftbehandlingen, først og fremst fra sykepleiere. Studien viste at over halvparten av sykepleierne ga

informasjon om fysisk aktivitet, og at informasjon fra sykepleier korrelerte med etterlevelse av fysisk aktivitet under behandling. Informasjon gitt av sykepleier før behandlingsstart var faktisk en av de viktigste faktorene tilknyttet kreftpasientene sin deltakelse i fysisk aktivitet. Dette samsvarer med resultatene til Keogh et al. (2017) som spurte 119 kreftsykepleiere i sin tverrsnittundersøkelse, og resultatene viste at sykepleierne så på seg selv som den viktigste faggruppen når det gjaldt promotering av fysisk aktivitet til sine pasienter. Når også Keogh et al. (2017) undersøkte forekomst, fant de at nesten halvparten av kreftsykepleierne fremmet fysisk aktivitet både før, under og etter behandling. I samsvar med dette, hevder Crisford et al. (2018) at sykepleiere er i bedre stand til å kommunisere med pasienter fordi de har mer tid til det sammenlignet med allmennleger, og foreslår at lengden, formatet og regelmessigheten i pasienters konsultasjon med sykepleier åpner for muligheter til mer promotering av fysisk aktivitet til sammenligning med legen. Haussmann et al. (2018) viser også til at sykepleiere oftere fremmer fysisk aktivitet til pasienter med kreft, til sammenligning med leger. I tillegg til å gi pasientene generell informasjon og råd om de mange helsefremmende fordelene av fysisk aktivitet, peker funnene til Wilhelmsson et al. (2017) på at kreftpasienter ønsker mer spesifikke råd med målrettet informasjon om fysisk aktivitet, tilpasset deres sykdom og situasjon, for å selv føle seg tryggere på å være i aktivitet. Keogh et al. (2017) fant tilsvarende behov hos sykepleierne, som også ønsket mer spesifikk informasjon om fysisk aktivitet ved kreft, for å redusere egen frykt for at fysisk aktivitet kunne utgjøre en risiko for pasienten.

4.3 Barrierer

Barrierer var et gjennomgående tema i artiklene, både blant pasienter og sykepleiere. Jeg vil ha hovedfokus på sykepleierens barrierer ettersom det er mest relevant for å besvare problemstillingen, men først vil jeg kort adressere de barrierene pasientene selv opplever, ettersom det også er av betydning for sykepleiers tilnærming til, og forståelse av, pasienten.

4.3.1 Pasientenes barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet

Wilhelmsson et al. (2017) inkluderte et åpent spørsmål i sitt spørreskjema, hvor kreftpasientene fritt kunne uttrykke sine tanker og erfaringer rundt fysisk aktivitet. Svarene ble analysert ved bruk av en innholdsanalyse, og resulterte i tre kategorier. Barrierer for å være fysisk aktiv var en av disse. Mer spesifikt, oppga pasientene barrierer som mangel på tid, sosiale roller som krevde tid og oppmerksomhet, for eksempel å være forelder, og mange sa de var ukomfortabel med å trene på offentlige treningssentre pga. endret utseende.

Resultatene fra spørreundersøkelsen til Bränström et al. (2015) viste at det var få, men noen sosiodemografiske og sykdomsrelaterte faktorer assosiert med fysisk inaktivitet blant respondentene; lavt utdanningsnivå og høyere tumorstadium var relatert til høyere sannsynlighet for å være fysisk inaktiv. Når Keogh et al. (2017) spurte sykepleierne om pasientenes interesse for fysisk aktivitet, svarte sykepleierne at en moderat høy andel (61%) var interessert.

4.3.2 Sykepleiernes barrierer for fremming av fysisk aktivitet

Sykepleierne selv opplevde også barrierer når det gjaldt å fremme fysisk aktivitet til kreftpasienter. Keogh et al. (2017) fant at mangel på tid, mangel på tilstrekkelige støttestrukturer og risiko for pasienten var de mest hyppig nevnte barrierene. Dette samsvarer med barrierene identifisert av Haussmann et al. (2018), som basert på intervju av sykepleiere og leger, samlet dem i tre kategorier: Helsepersonells' bekymringer; særlig for fysisk overanstrengelse og psykisk stress for kreftpasientene, opplevde pasientkarakteristika; som pasientens fysiske tilstand og antatt interesse for fysisk aktivitet (ofte basert på tidligere aktivitetsnivå) og strukturelle faktorer. De strukturelle faktorene omhandlet arbeidsmengde og mangel på tid, tilgjengelighet av aktivitetstilbud og relevante treningsprogram, timing av informasjon, mangelfulle interne rutiner for å fremme fysisk aktivitet og tilgjengelighet av skriftlig informasjonsmateriell til pasienter. I tillegg oppga begge yrkesgruppene behov for tilgang på mer informasjon selv, og ønske om økt kunnskap om fysisk aktivitet til kreftpasienter. Disse resultatene samsvarer med funnene til Crisford et al. (2018) som undersøkte motsetningen til barrierene, altså hvilke faktorer som var assosiert med helsepersonell, deriblant mange sykepleiere, sin promotering av fysisk aktivitet. Hovedfaktorene forskerne fant her, var mestringstro, altså tro på egen evne til å fremme fysisk aktivitet, positive tanker om fysisk aktivitet og fordelene det har, vurdering av pasientens forutsetninger og aktivitetsnivå, og opplæring i å fremme fysisk aktivitet. Tid var også nevnt her som en sentral faktor.

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon resultater

5.1.1 Effekten av fysisk aktivitet på kreftpasienter sin psykiske helse

Funn fra forskningsartiklene viste at inaktivitet var relatert til redusert helse og økte symptomer som smerte, depresjon og angst (Bränström et al., 2015), mens fysisk aktivitet har en positiv effekt på kreftpasienters mentale helse, økt livskvalitet og generelt psykisk velvære (Keogh et al., 2017; Wilhelmsson et al., 2017), og understøtter dermed argumentet om at fysisk aktivitet hjelper mot en rekke av de psykiske reaksjonene man opplever som følge av kreftsykdom (Kreftforeningen, 2022b). På bakgrunn av pasientens krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, innhold i helsehjelpen, samt mulig risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2), bør således sykepleier informere kreftpasienter på sykehus og poliklinikk om risiko for å utvikle angst og depresjon samt om fysisk aktivitet som et helsefremmende og forebyggende tiltak. Ettersom mange sykepleiere synes begrepene forebyggende og helsefremmende arbeid er uklar og vanskelig å forholde seg til i det daglige arbeidet (Melby & Mandal, 2015), kan det også være nyttig å undersøke hvilke barrierer som eventuelt hindrer sykepleiere i det forebyggende arbeidet.

5.1.2 Informasjon fra sykepleier

Funn fra forskningsartiklene viste at sykepleiere oftere fremmer fysisk aktivitet til kreftpasienter enn leger (Crisford et al., 2018; Hausmann et al., 2018) og at sykepleiere selv anser seg som den viktigste faggruppen til å formidle dette budskapet (Keogh et al., 2017). Informasjon fra sykepleier korrelerte også med kreftpasienters etterlevelse av fysisk aktivitet under behandling, og var blant de viktigste prediktorene for pasientens deltakelse i fysisk aktivitet (Hausmann et al., 2018; Wilhelmsson et al., 2017). Sykepleiers plikt til å gi informasjon, regulert i lovverket og presisert i de yrkesetiske retningslinjene (Helsepersonelloven, 1999, § 2-10; Norsk Sykepleierforbund, u.å), stiller krav og forventninger til sykepleieren i møte med kreftpasienten. Sykepleiers helsefremmende og pedagogiske funksjon står derfor sentralt i fremming av fysisk aktivitet til kreftpasienter.

Videre fant Wilhelmsson et al. (2017) og Keogh et al. (2017) at både kreftpasienter og sykepleiere hadde behov for mer spesifikke råd for fysisk aktivitet tilknyttet kreftsykdommen. Dette er særlig viktig ettersom det er påvist at mangel på kunnskap og frykt

for risiko ofte fører til usikkerhet og dermed inaktivitet hos kreftpasienter (Crisford et al., 2018; Haussmann et al., 2018). I tillegg til å få generell informasjon om de mange helsefremmende fordelene av fysisk aktivitet, bør derfor kreftpasienter få spesifikk informasjon om fysisk aktivitet sin forebyggende og behandlende effekt på følgetilstander ved sykdommen, deriblant angst og depresjon, fatigue og søvnproblemer (Kreftforeningen, 2022a). I tillegg bør pasientene få råd og veiledning om eventuelle forbehold de bør ta med hensyn til kreftsykdommen. Sykepleiere bør derfor kjenne til, og informere om, at det er relativt få kontraindikasjoner for fysisk aktivitet under og etter kreftbehandling (Kreftforeningen, 2022a). Selv om det er noen få absolutte kontraindikasjoner, som feber over 39 og blødninger, er de fleste relative og likevel anbefalt så lenge man trener i samråd med behandlende lege eller fysioterapeut, som for eksempel ved smerter, fatigue og skjelettmetastaser. Det er således også behov for et godt tverrfaglig samarbeid hva angår informasjon og råd om fysisk aktivitet, da særlig med lege og fysioterapeut, og det er hensiktsmessig at pasientene vet hvor de kan henvende seg ved spørsmål.

5.1.3 Barrierer

5.1.3.1 Pasientenes barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet

Det er viktig at man som sykepleier forsøker å avdekke kreftpasientens kunnskap om, interesse for og motivasjon til fysisk aktivitet, for å undersøke hvilke barrierer som eventuelt forhindrer dem i å være aktiv, og for å kunne gi tilpasset informasjon og støtte. Bränström et al. (2015) fant at lavt utdanningsnivå var den eneste sosiodemografiske faktoren som var relatert til høyere sannsynlighet for fysisk inaktivitet. Det kan tyde på at økt fokus på kunnskap, gjennom opplæring og veiledning av kreftpasienter, kan gi en positiv effekt på deres helsekompetanse og dermed også aktivitetsnivå. Som sykepleier har man en unik mulighet til, og ansvar for, å utvikle pasientens helsekompetanse. Tilstrekkelig helsekompetanse, om beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak og egenmestring av sykdom, kan være en viktig forutsetning for å mestre helseutfordringer (Tveiten, 2020). Dersom kreftpasienter får en bredere forståelse for hvorfor og hvordan den fysiske og psykiske helsen henger sammen, kan det også bidra til økt interesse og motivasjon for å delta i fysisk aktivitet og dermed også forebygge angst og depresjon.

Motivasjonen til å engasjere seg i fysisk aktivitet blir ofte påvirket av sykdom og behandling, og kan derfor bli en utfordring. Når sykepleierne ble spurt, oppga de at kun 61% av

kreftpasientene var interessert i fysisk aktivitet (Keogh et al., 2017). I så måte kan man også anta at manglende interesse og motivasjon for å delta, var en barriere for noen. På en annen side, fant Wilhelmsson et al. (2017) at det å delta i treningsgrupper med andre i samme situasjon kunne bidra til økt motivasjon for fysisk aktivitet. Dette kan hjelpe kreftpasienter å overkomme barrieren om å trene på offentlige treningssentre pga. endret utseende, ettersom man møter flere i samme situasjon. Slike treningsgrupper kan også åpne for gode samtaler hvor man kan dele erfaringer med likesinnede, skape samhold, støtte og forståelse, og denne psykososiale effekten i kombinasjon med de mange fordelene ved fysisk aktivitet gir utvilsomt positive gevinster på kreftpasienters psykiske helse. Ifølge helsepersonelloven (1999, § 2-4) er man pliktig til å samarbeide med annet kvalifisert personell, og innhente bistand eller henvise pasienter videre dersom pasientens behov tilsier det, og der det er mulig. Sykepleiere har således en viktig helsefremmende funksjon og pedagogisk rolle i å informere om, og eventuelt henvise til, eksisterende aktivitetstilbud som er tilrettelagt for kreftpasienter, som Pusterommet, Vardesentre, AKTIV-instruktører og frisklivssentraler (Kreftforeningen, 2022a). Treningsgrupper for kreftpasienter er også i tråd med nasjonal kreftstrategi (2018-2022) sin målsetting om å øke kreftpasienters livskvalitet, tilrettelegge for tilbud om fysisk aktivitet i hele pasientforløpet, og integrere rehabiliteringstiltak som ivaretar pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov i behandlingsforløpet.

5.1.3.2 Sykepleiernes barrierer for fremming av fysisk aktivitet

Funnene fra forskningsartiklene viser at mange av sykepleiernes barrierer for å fremme fysisk aktivitet handlet om deres egen manglende kunnskap om, og tro på fordelene av fysisk aktivitet, manglende opplæring i hvordan man promoterer fysisk aktivitet, samt at sykepleierne selv opplever lav mestringstro og utilstrekkelig kompetanse på området (Keogh et al.; Crisford et al., 2018; Hausmann et al., 2018). Tiltak som adresserer disse barrierene bør derfor vurderes for å øke sykepleiers fremming av fysisk aktivitet til kreftpasienter.

For det første, bør sykepleiere ansatt på kreftavdeling på sykehus eller kreft-poliklinikk få internopplæring i fordelene med fysisk aktivitet generelt, men også for kreftpasienter spesielt. I tillegg til å øke sykepleiernes kunnskapsnivå om hvilke fordeler som spesifikt gjelder for kreftpasienter, bør man også gi opplæring i eventuelle forbehold og kontraindikasjoner for fysisk aktivitet. Ettersom risiko for pasienten ble avdekket til å være en av årsakene som forhindret sykepleiere i å fremme fysisk aktivitet til kreftpasienter (Hausmann et al., 2018; Keogh et al., 2017), vil trolig økt kunnskap om eventuelle begrensninger bidra til at flere tør å

fremme fysisk aktivitet. Sykepleierne bør også få informasjon om tilgjengelige aktivitetstilbud tilpasset kreftpasienter, samt om effekten og viktigheten av treningsgrupper med likesinnede.

For det andre, sykepleiere bør med fordel få opplæring i helsepedagogikk, under sykepleierutdanningen eller på arbeidsplassen, slik at de står bedre rustet til å takle den pedagogiske rollen som kreves i yrket. Funn fra forskningsartiklene viste at sykepleiernes kompetanse og erfaring med den pedagogiske rollen var positivt assosiert med økt mestringstro, og dermed også økt sannsynlighet for å fremme fysisk aktivitet (Wilhelmsson et al., 2017). Begrepet helsepedagogikk kan virke konstruert og uvanlig for mange i helsetjenesten, men helsepersonell som kilde til både muntlig og skriftlig informasjon, og sykepleiers rolle i formidling av informasjon, undervisning til, og veiledning av pasienter er derimot ikke nytt (Tveiten, 2020). Viktigheten av kunnskap om helsepedagogikk og helsepersonell sitt behov for kompetanse innen feltet, blir særlig fremtredende når vi ser på hvordan helsetjenesten stadig utvikler seg i en mer demokratisk retning, med ansvar for egen helse og brukermedvirkning i høyfokus. Og pasientinvolvering og medvirkning er også ønskelig for pasienter i et kreftforløp (Melby et al., 2021). I tillegg er behovet for faglig kompetanse og veiledning stort i en livskrise, og sykepleiere er en viktig kilde til informasjon ettersom de ofte har tett dialog med pasientene gjennom et kreftforløp. Når det er sagt, kan informasjonsmengden oppleves overveldende for pasienter med alvorlig sykdom som kreft, og mange trenger hjelp til å sortere i både tankene og den uendelige mengden tilgjengelig informasjon. Med opplæring i helsepedagogikk, kan sykepleiere bli trygg på undervisning om fysisk aktivitet til kreftpasienter, målrettet veiledning og hvordan fremme budskapet på en pedagogisk måte til denne pasientgruppen. God pedagogikk betyr å kommunisere slik at læring skjer ut fra den enkelte sine forutsetninger (Tveiten, 2008, s. 62). Da er det aktuelt som sykepleier å ha kjennskap til den didaktiske relasjonsmodellen (Hiim & Hippe, 2009).

Den didaktiske relasjonsmodellen kan brukes som utgangspunkt for planlegging, gjennomføring og vurdering av informasjon og veiledning til pasienter (Ravnstad, 2003). For å sikre en god gjennomføring må man analysere og ta avgjørelser basert på alle faktorene i modellen, og se sammenhengen mellom alle faktorene som påvirker læring hos denne pasientgruppen. Læreforutsetninger og motivasjon er eksempler på deltakerforutsetninger hos en kreftpasient som naturligvis vil påvirkes av faktorer som angst, bekymring, smerte og utmattelse. Valg av tid og sted er rammefaktorer som sykepleier også bør ta høyde for, som

for eksempel når pasienten er mottakelig for informasjon. Det vil således være mer hensiktsmessig å fremme fysisk aktivitet til mer oppegående kreftpasienter inne til behandling på poliklinikk, til sammenligning med kreftpasienter innlagt med feber og kvalme på sengepost. Hvilken informasjon som skal gis og hvilke mål som er realistiske, er også i høy grad avhengig av den enkelte pasients fysiske og psykiske tilstand, motivasjon, stadium av kreft og prognose. Dette ble bekreftet at Wilhelmsson et al. (2017) som påpekte at målene for fysisk aktivitet måtte være realistiske, og fremhevet pasientkommentarer om at fysisk aktivitet ikke skulle komme som et fremsatt krav, men heller som en oppfordring med informasjon tilpasset til dem som var kreftsyk.

Den pedagogiske tilnærmingen er også viktig, ettersom mange pasienter befinner seg i en stressfylt situasjon med mye inntrykk og informasjon. Helsepersonellens væremåte er avgjørende for om pasienten blir motivert til å endre livsstil, og dersom pasienten opplever å bli møtt på en belærende og lite støttende måte kan bidra til at vedkommende inntar en forsvarsposisjon og dermed redusert læring (Tveiten, 2020. s.17). Det kan være fordelaktig med en rolig tilnærming, og innlede med skriftlig materiell, som brosjyrer om hvilke aktivitetstilbud som er tilgjengelig og informasjon om fysisk aktivitet tilpasset kreftpasienter. Da er det enkelt for pasienten å finne tilbake til relevante aktivitetstilbud når både den mentale tilstanden og den fysiske formen tillater det. Ettersom mange opplever at de ikke får med seg alt som blir sagt, kan gjentakelse også være et viktig virkemiddel i fremming av fysisk aktivitet til kreftpasienter. Det kan være gunstig med muntlig repetisjon når pasienten virker mottakelig for det, ettersom pasienten da får mulighet til å dele bekymringer om deltakelse i fysisk aktivitet, eller stille spørsmål om eventuelle begrensninger og kontraindikasjoner. I tillegg vil skriftlig informasjon gjøre det enkelt for pasienten å finne tilbake til relevante aktivitetstilbud på et tidspunkt hvor pasientenes fysiske og psykiske helse er god nok, og de er motivert for fysisk aktivitet.

Differansen mellom hva pasienten faktisk forstår av informasjon fra helsevesenet og det leger og sykepleiere tror de forstår (Jenum & Pettersen, 2014), kan tyde på manglende kompetanse om helsepedagogikk og kjennskap til didaktiske relasjonsmodellen. Mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker læring vil trolig minske avviket mellom informasjonen som blir gitt og den som blir oppfattet.

5.2 Diskusjon metode

Jeg ønsket i utgangspunktet å avgrense søket til de høyeste trinnene i kunnskapspyramiden, og da kun bruke databaser som BMJ Best practice og Up To Date, ettersom det er systematiske oversikter som inneholder oppsummert forskning (Helsebiblioteket, u.å.-b). Imidlertid viste det seg at selv om det var omfattende forskning på tema fysisk aktivitet og psykiske lidelser (og da særlig angst og depresjon), ble resultatene færre når jeg inkluderte sykepleiers rolle i denne tematikken. Det samme gjaldt for RCT som studiedesign, som jeg innledningsvis ønsket å ta utgangspunkt i ettersom problemstillingen min baserer seg på et effektspørsmål. Derfor har jeg også inkludert forskningsartikler fra databasene MEDLINE og CINAHL, som inneholder enkeltstudier, samt valgt artikler som også baserer seg på andre studiedesign enn RCT. I noen av søkene var det litt begrenset med forskning på tema, og jeg måtte da søke kun med utvalgte deler av PICO, som tidligere nevnt. Jeg fant likevel flere gode forskningsartikler som adresserte viktige aspekter av min problemstilling.

Det er også en rekke andre svakheter ved den beskrevne fremgangsmåten. For det første, jeg inkluderte både angst og depresjon i problemstillingen. Dette er to ulike lidelser og det kan derfor være en fordel å isolere de to variablene. Likevel, er det påvist sterk samsykelighet blant disse to, og når jeg gjennomgår litteratur om fysisk aktivitet sin påvirkning på psykisk helse, finner jeg mye forskning som inkluderer effekten på begge lidelsene. For det andre, forskningsartiklene trekker frem ulik type fysisk aktivitet, og det kan derfor være problematisk med en problemstilling som undersøker et tiltak som mangler en klart avgrenset definisjon, ettersom det gir rom for tolkning hos pasientene når de besvarer spørsmål. På en annen side, fremstår resultatene likevel relevante ettersom forskningen viser tilsvarende positive effekter på den psykiske helsen uavhengig av type aktivitet. For det tredje, litteraturstudien baserer seg på forskningsartikler med stor variasjon i pasientgruppen. Selv om pasientene har kreft, er det stor forskjell på type og stadium, behandlingsløp m.m. På en annen side, ved å avgrense målgruppen til en spesifikk kreftdiagnose, er det risiko for å ekskludere relevant forskning som kunne vært overførbart til kreftpasienter som gruppe. Dessuten er det viktig å forske på forebygging av angst og depresjon for gruppen som helhet, ettersom de i større grad er predisponert for disse psykiske lidelsene grunnet sin diagnose og sykdomsforløp. I tillegg kan det være svakheter ved å bruke litteraturstudie som metode ettersom det kan være nødvendig å bruke data fra en lenger tidsperiode for å innhente tilstrekkelig forskning, og det kan gjøre at flere andre vesentlige faktorer har endret seg og

dermed også sammenligningsgrunnlaget for den innsamlede dataen (Dalland, 2020). Det er også viktig å nevne at jeg totalt hadde 839 artikler etter duplikater var fjernet, så det er en risiko for at grovsortering basert på tittel og abstrakt kan ha ført til at jeg har oversett og ekskludert relevante studier, og dermed også påvirket både utvalg og resultat. Dette kunne potensielt vært unngått hvis jeg hadde inkludert noen flere begrensninger i søket, eller benyttet biblioteker for hjelp til valg av søkeord for å unngå så mange treff. Til slutt, denne litteraturstudien bygger på forskning fra flere ulike land, og i den sammenheng kan man også trekke frem spørsmål om overførbarhet til norske forhold.

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra i forebygging av angst og depresjon hos kreftpasienter, ved å fremme fysisk aktivitet? Resultatene viste at fysisk aktivitet hjelper mot en rekke av de psykiske reaksjonene man opplever som følge av kreftsykdom, deriblant angst og depresjon, og at sykepleiere er blant kreftpasientenes viktigste kilde til informasjon om fysisk aktivitet, og årsak for deltakelse. Det er imidlertid viktig at informasjonen som gis er målrettet og inneholder spesifikke råd tilpasset kreftpasienter. Funn fra forskningsartiklene viste også noen barrierer. Pasientens barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet er knyttet til manglende kunnskap og motivasjon. Sykepleiere må derfor være bevisst sin betydningsfulle pedagogiske funksjon i å undervise kreftpasienter, med mål om å utvikle deres helsekompetanse om fysisk aktivitet. Sykepleiere bør også gi kreftpasienter informasjon om eksisterende aktivitetstilbud og henvise til treningsgrupper med likesinnede, ettersom de øker motivasjonen for deltakelse i fysisk aktivitet, og har en dokumentert effekt på den psykiske helsen til kreftpasienter.

Sykepleiernes barrierer for fremming av fysisk aktivitet til kreftpasienter eksisterte både på systemnivå, som mangel på tid og tilstrekkelige støttestrukturer, og på individnivå, som manglende kunnskap om, og tro på fordelene av fysisk aktivitet, frykt for risiko og lav mestringstro. Sykepleiere på kreftavdeling eller kreft-poliklinikk bør derfor få opplæring i fordelene av fysisk aktivitet generelt og for kreftpasienter spesielt, informasjon om risiko og eventuelle kontraindikasjoner og om eksisterende aktivitetstilbud. Det bør også tilrettelegges for at sykepleierne får nok tid med pasienten til å ha en samtale om fysisk aktivitet, og skriftlig informasjonsmateriell bør være lett tilgjengelig. I utgangspunktet bør man få opplæring i helsepedagogikk under sykepleierutdanningen, ettersom denne kompetansen er

en forutsetning for hensiktsmessig samhandling med pasient og pårørende. Alternativt kan også arbeidsgiver tilby kurs i helsepedagogikk, særlig til sykepleiere som innehar en pedagogisk rolle i løpet av sin arbeidshverdag, slik som ved fremming av fysisk aktivitet. I tillegg vil kjennskap til den didaktiske relasjonsmodellen, og de ulike faktorene som påvirker læring hos pasientgruppen, bidra til god planlegging og gjennomføring av informasjon og veiledning til kreftpasienter.

Verdien av et helsevesen som jobber mer forebyggende, og den potensielle gevinsten av tidlig intervensjon er stor. Derfor ønsket jeg å rette søkelyset mot effekten av fysisk aktivitet på kreftpasienters psykiske helse og fremheve viktigheten av sykepleiers forebyggende og pedagogiske rolle i å hindre eller begrense angst og depresjon hos kreftpasienter. I videre forskning, bør det imidlertid forskes mer på kreftpasienters deltakelse i fysisk aktivitet, særlig kvalitative studier som undersøker hvorfor noen pasienter er fysisk aktive og andre ikke, hvilke egenskaper, faktorer, holdninger som skiller dem, for å bidra til økt kunnskap og bevissthet rundt hvilke barrierer som er tilstede og hvordan man som sykepleier kan bidra til å overkomme dem.

Referanseliste

Bränström, R., Petersson, L-M., Saboonchi, F., Wennman-Larsen, A. & Alexanderson, K. (2015). Physical activity following a breast cancer diagnosis: Implications for self-rated health and cancer-related symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 680-685. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.04.008>

Braut, G. S., & Thelle, D. S. (2022, 30. november). Helsefremmende arbeid. I *Store Norske Leksikon*. https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid

Bystritsky, A. (2021, 19. februar). Complementary and alternative treatments for anxiety symptoms and disorders: Physical, cognitive, and spiritual interventions. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/complementary-and-alternative-treatments-for-anxiety-symptoms-and-disorders-physical-cognitive-and-spiritual-interventions>

Crisford, P., Winzenberg, T., Venn, A., Schultz, M., Aitken, D. & Cleland, V. (2018). Factors associated with physical activity promotion by allied and other non-medical health professionals: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(10), 1775-1785 <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.011>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal

FHI. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

FHI (2021a, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

FHI (2021b, 3. desember). *Psykiske lidelser hos voksne*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

FHI (2022, 20. mai). *Fysisk aktivitet i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

Gonzales, M.T. (2020) *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Gyldendal.

Hansen, A. (2017). *Hjernesterk: Hvordan fysisk aktivitet styrker hjernen*. Cappelen Damm.

Hausmann, A., Gabrian, M., Ungar, N., Jooß, S., Wiskemann, J., Sieverding, M. & Steindorf, K. (2018). What hinders healthcare professionals in promoting physical activity towards cancer patients? The influencing role of healthcare professionals' concerns, perceived patient characteristics and perceived structural factors. *European Journal of Cancer Care*, 27(4). <https://doi.org/10.1111/ecc.12853>

Helsebiblioteket, (u.å.-a). 4. *Kritisk vurdering*. Hentet 26.10.2022
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Helsebiblioteket, (u.å.-b). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 06.10.2022 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Helsedirektoratet. (2009). *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (Rapport IS-1592). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf?download=false>

Helsedirektoratet (7. oktober 2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 22. september 2022, fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen>

Helsedirektoratet (9. mai 2022). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 08. oktober 2022, fra
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hiim, H. & Hippe, E. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere* (3. utg.). Gyldendal.

Hjelle, O.P. (2018). *Sterk hjerne med aktiv kropp*. Kagge Forlag.

Hjelle, O.P. & Aanensen, H. (2023, 26.januar). *Verdens sykeste land*. NRK. <https://www.nrk.no/ytring/verdens-sykeste-land-1.16262630>

Hvinden, K., Henriksen, A-H., Børve, H.B. (2019). *Håndbok i helsepedagogikk –kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter* (NK LMH-rapport 978-82-92686-35-5). Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. https://mestring.no/wp-content/uploads/2019/06/Ha%CC%8Andbok_helseped_260619.pdf

HVL (2020, 17.april). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)*. <https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/retteleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

Jenum, A. & Pettersen, K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272-280. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>

Keogh, J.W., Pühringer, P., Olsen, A., Sargeant, S., Jones, L.M. & Climstein, M. (2017). Physical Activity Promotion, Beliefs, and Barriers Among Australasian Oncology Nurses. , 44(2), 235-245. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.235-245>

Kreftforeningen (2022a, 22.august). *Fysisk aktivitet under og etter kreft*.
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/fysisk-aktivitet-under-og-etter-kreft/>

Kreftforeningen (2022b, 8.september). *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom*.
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>

Kreftforeningen (2023, 13.april). *Hva er kreft?*
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftregisteret. (2021, 29. januar). *Kreftpasienters livskvalitet inn i Kreftregisteret*.
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2020/kreftpasienters-livskvalitet-inn-i-kreftregisteret/>

Kreftregisteret. (2022, 8. juni). *Kreft i Norge*.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende Sykepleie Bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3.utg.). Gyldendal.

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H. & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *PudMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27253219/>

Larun, L., Nordheim, L.V., Ekeland, E., Hagen, K.B. & Heian, F. (2006). Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Library*.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004691.pub2/full>

Loge, J. H. & Kaasa, S. (2000). Forekomst og diagnostikk av psykiatriske tilstander i palliativ medisin. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 120(27), 3275-9.
<https://tidsskriftet.no/2000/11/diagnostikk-og-behandling/forekomst-og-diagnostikk-av-psyki>

[atriske-tilstander-i-palliativ](#)

Melby, L., Brattheim, B. Das, A., Gilstad, H. Gjørund, G. Håland, E. Sand, K. & Solbjør, M. (2021). *Pakkeforløp for kreft: erfaringer blant helsepersonell og pasienter*. (SINTEF Rapport 2021: 00278). SINTEF.

https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sluttrapport_pakkeforlop-for-kreft-2021_00278.pdf

Melby, L. & Mandal R. (2015). *Forebyggende og helsefremmende (folkehelsearbeid) blant sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten*. (SINTEF Rapport A27128). SINTEF.

https://www.nsf.no/Content/2865938/cache=1457425814000/Rapport_A27128_Folkehelsearbeid_21.09.15_ENDELIG.pdf

Murray, L., Roth, E., Galvin, D., Fisher-Bornstein, M., Heyman, E., Bable, K., Scholl, J. & Frame, A. (2012). The Impact of Resistive Exercise and Psychosocial Support on Quality of Life and Fatigue in Cancer Survivors via Utilization of a Community-based Program: A Case Series. *Rehabilitation Oncology*, 30, 12-17.

<https://doi.org/10.1097/01893697-201230010-00002>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

OUS (u.å.-a). *Frykt for tilbakefall*. Kreftlex.

https://www.kreftlex.no/KSPROSEDYRERFASE1/Oppfolging/Fryk-for-tilbakefall_G?SearchText=frykt%20for%20tilbakefall&containsFaq=False

OUS (u.å.-b). *Fysisk aktivitet og trening under og etter kreftbehandling*. Kreftlex.

https://www.kreftlex.no/Om-Kreft/Generelt/Fysisk_aktivitet_trening?Faq=False

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in*

Sports, 25(3), 1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>

Plana-Ripoll, O., Musliner, K.L., Dalsgaard, S., Momen, N.C., Weye, N., Christensen, M.K., Agerbo, E., Iburg, K.M., Laursen, T.M., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B., Petersen, L.V., Santomauro, D.F., Vilhjálmsón, B.J., Whiteford, H.A. & McGrath, J.J. (2020). Nature and prevalence of combinations of mental disorders and their association with excess mortality in a population-based cohort study. *World Psychiatry*, 19(3), 339-349.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20802>

Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and health: what do we know and where next should we go? *Annual review of psychology*, 70, 627-650.

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>

Ravnstad, M. (2003). Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. *Sykepleien Forskning*, 7(91), 42-46. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0029>

Redaksjonen for norsk APA-stil. (2023). *Norsk APA-manual: En nasjonal standard for norskspråklig APA-stil basert på APA 7th* (Versjon 1.9). Sikt.

<https://sikt.no/norsk-apa-referansestil>

Roald, B., Sauer, T. & Klepp, O. (2023, 14. april). Kreft. I *Store Norske Leksikon*.

<https://sml.snl.no/kreft>

Schuch, F. B., Deslandes, A. C., Stubbs, B., Gosmann, N. P., Silva, C.T & Fleck, M.P. (2016). Neurobiological effects of exercise on major depressive disorder: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 61, 1-11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.11.012>

Sjøberg, S. (2020, 13. mars). Didaktikk. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/didaktikk>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

(LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Spirduso, W.W., Poon, L.W., & Chodzko-Zajko, W. (2008). Exercise and its mediating effects

on cognition. *Human Kinetics*. <https://doi.org/10.5040/9781492597315>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2.utg.). Fagbokforlaget.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Wilhelmsson, A., Roos, M., Hagberg, L., Wengström, Y., & Blomberg, K. (2017). Motivation to uphold physical activity in women with breast cancer during adjuvant chemotherapy treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 17-22.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.03.008>

Zweers, D. de Graaf, E., & Teunissen, S.C.C.M. (2016). Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 102-113.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.022>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk MEDLINE

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to December 19, 2022>

Date: 20.12.2022

Search Strategy:

-
- 1 Cancer.mp. (2101142)
 - 2 Cancer patients.mp. (217555)
 - 3 1 or 2 (2101142)
 - 4 Nurses/ (44551)
 - 5 Cancer nursing.mp. (713)
 - 6 Nurse-Patient Relations/ (36003)
 - 7 Nurs*.mp. (797972)
 - 8 Nurse's Role/ (42635)
 - 9 Nurs* role*.mp. (47086)
 - 10 nursing intervention*.mp. (7745)
 - 11 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (797972)
 - 12 Physical activit*.mp. (145716)
 - 13 Exercise/ (137098)
 - 14 Physical activity promotion.mp. (1294)
 - 15 12 or 13 or 14 (229057)
 - 16 Health Promotion/ (80449)
 - 17 Preventive Health Services/ (14405)
 - 18 Preventive Health*.mp. (19017)
 - 19 Mental Health/ (57295)
 - 20 Anxiety/ (102439)
 - 21 Depression/ (145837)
 - 22 Prevent* anxiety.mp. (224)
 - 23 Anxiety prevention.mp. (80)
 - 24 Prevent* depression.mp. (863)
 - 25 Depression prevention.mp. (523)
 - 26 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 (357140)
 - 27 3 and 11 and 15 and 26 (76)

Vedlegg 2: Søkehistorikk CINAHL

Date: Wednesday, April 12, 2023 8:14:46 PM - CINAHL

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S29	S3 AND S15 AND S26	Limiters - Published Date: 20120101-20221231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	775
S28	S3 AND S15 AND S26	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,103
S27	S3 AND S11 AND S15 AND S26	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	154
S26	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	299,641
S25	"Depression prevention"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	6,325
S24	"Prevent* depression"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	500

S23	"Anxiety prevention"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	6,490
S22	"Prevent* anxiety"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	86
S21	(MH "Depression")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	128,117
S20	(MH "Anxiety")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	57,325
S19	(MH "Mental Health")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	54,219
S18	"Preventive Health*"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	25,052
S17	"Preventive Health Services"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	12,881

S16	(MH "Health Promotion")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	77,288
S15	S12 OR S13 OR S14	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	139,896
S14	"Physical activity promotion"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	752
S13	(MH "Exercise")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	60,451
S12	"Physical activit*"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	96,184
S11	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	973,287
S10	"nursing intervention*"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	17,339

S9	"Nurs* role"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	65,710
S8	"Nurse's Role"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	28,509
S7	"Nurs*"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	973,287
S6	(MH "Nurse-Patient Relations")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	29,095
S5	"Cancer nursing"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	11,589
S4	"Nurses"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	402,117
S3	S1 OR S2	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	527,618

S2	(MH "Cancer Patients")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	48,584
S1	"cancer"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	527,618

Vedlegg 3: Flytdiagram

