

Cathrine Sandøy Wiik 471388

Bacheloroppgave

Frisk, men syk

Rehabilitering av brystkreftoverlevende med fatigue

Mai 2019

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Bacheloroppgave

2019



Cathrine Sandøy Wiik 471388

Frisk, men syk

Rehabilitering av brystkreftoverlevende med fatigue

Bacheloroppgave
Mai 2019

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

| | | |
|---|--|-----------------|
| Tittel: | Rehabilitering av brystkreftoverlevende med fatigue | Dato : 16.05.19 |
| Deltaker(e)/ | Cathrine Sandøy Wiik | |
| Veileder(e): | Solveig Struksnes | |
| Stikkord/nøkkelord | Cancer fatigue, Breast neoplasms, Quality of life, Rehabilitation, Survivors | |
| Antall sider/ord: | Antall vedlegg: | |
| 35/8871 | 0 | |
| <p>Bakgrunn: Fatigue er en av de vanligste symptomene ved kreftbehandling. Tilstanden kan vare fra måneder opptil flere år hos enkelte. Studier viser at opp til 35% av brystkreftoverlevende fortsatt er plaget av utmattelse lenge etter at de er ferdigbehandlet. Fatigue kan være svært inngripende på pasientens livskvalitet. Mange beskriver tilstanden som den mest belastende seneffekten etter kreftsykdom. Likevel er tilstanden underkommunisert og underbehandlet.</p> <p>Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å finne ut hvordan man som sykepleier kan fremme helse og mestring hos brystkreftoverlevende som opplever fatigue.</p> <p>Metode: En systematisk litteraturstudie som er basert på seks forskningsartikler.</p> <p>Resultat: Funnene viser at mange overlevende ikke får nødvendig informasjon om hva fatigue er og at det er en vanlig bivirkning til kreftbehandling. Får de det kan det fremme mestring av tilstanden. Sosial støtte og anerkjennelse av tilstanden er nødvendig for at pasienten skal kunne få den behandlingen de har behov for. Mangel på forståelse fra helsepersonell og omverdenen fører til at pasienten "lider i stillhet". Til sist viser resultatene at livsstilsendring med fokus på stressmestring og fysisk aktivitet ser ut til å lindre symptomer, men likevel forblir mange inaktive.</p> <p>Konklusjon: Det er viktig at sykepleier ser på fatigue som det sammensatte fenomenet det er, og at fysiske, psykiske og sosiale behov ivaretas. Skjønn og individuell tilpasning er sentralt i møte med pasientgruppen. Informasjon til pasienten bidrar til at pasienten er rustet til å takle utfordringene tilstanden medfører. Integreerte intervensjoner som kombinerer fysisk aktivitet med teknikker som adresserer psykologiske aspekter, i tillegg til emosjonell og sosial støtte ser ut til å ha effekt på fatigue. Sykepleiere bør fremme motivasjon og endringsarbeid hos pasienten. Det er behov for økte kunnskaper blant helsepersonell om fatigue etter kreftbehandling.</p> | | |

ABSTRACT

| | | |
|---|---|-----------------|
| Title: | Rehabilitation for breast cancer survivors with fatigue | Date : 16.05.19 |
| Participants/ | Cathrine Sandøy Wiik | |
| Supervisor(s) | Solveig Struksnes | |
| Keywords (3-5) | <u>Cancer fatigue, Breast neoplasms, Quality of life, Rehabilitation, Survivors</u> | |
| Number of pages/words: 35/8871 | Number of appendix: 0 | |
| <p>Background: Fatigue is one of the most common side-effect of cancer treatment. The condition can last from months up to several years for some. Studies show that up to 35% of breast cancer survivors are still suffering from fatigue long after completing treatment. Cancer-related fatigue profoundly affects quality of life and it is identified by patients as one of the most distressing symptoms associated with cancer and its treatment. Yet fatigue has been consistently underreported and overlooked.</p> <p>Aim: The aim of this literature review is to explore how nurses can promote and coping and quality of life amongst breast cancer survivors who experience fatigue.</p> <p>Method: A systematic study of literature based on six research articles was used to address the research question.</p> <p>Results: The findings show that patients don't receive information about fatigue, and that information promote better coping. Lack of social support and recognition of the condition prevents patients from seeking medical treatment, leading them to "suffer in silence". Finally, the results show that lifestyle changes focusing on stress management and physical activity appears to alleviate symptoms. Despite this, many patients remain inactive.</p> <p>Conclusion: It is crucial that nurses understand the complexity of cancer related fatigue. Treatment has to address both physical, mental and social needs. Patients need information about cancer related fatigue, as increased knowledge will help the patient find better ways to cope with the challenges caused by the condition. Nurses can motivate survivors to engage in integrated interventions addressing both physical, social and psychological aspects. This literature review highlights the need for greater understanding about the condition amongst health professionals.</p> | | |

| | |
|---|-----------|
| 1. 0 INNLEDNING | 3 |
| 1.1 SYKELEIEFAGLIG RELEVANS | 4 |
| 2.0 BAKGRUNN..... | 5 |
| 2.1 BRYSTKREFTBEHANDLING OG SENEFFEKTER..... | 5 |
| 2.1.1 <i>Fatigue etter kreftsykdom</i> | 5 |
| 2.1.2 <i>Kartlegging av fatigue</i> | 7 |
| 2.2 STRESS OG MESTRING VED LANGVARIGE OG KRONISKE LIDELSER | 7 |
| 2.3 HENSIKT..... | 9 |
| 2.4 PROBLEMSTILLING | 9 |
| 3.0 METODE | 10 |
| 3.1 SØKESTRATEGI | 10 |
| 3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE | 13 |
| 3.3 KVALITETSVURDERING | 13 |
| 3.4 FORSKNINGSETIKK..... | 14 |
| 3.5 ANALYSE | 14 |
| 4.0 RESULTATER | 15 |
| 4.1 SAMMENFATNING AV RESULTATER..... | 18 |
| 4.1.1 <i>Informasjon og undervisning</i> | 18 |
| 4.1.2 <i>Sosial støtte og anerkjennelse av symptomer</i> | 19 |
| 4.1.3 <i>Livsstilsveiledning og stresshåndtering</i> | 21 |
| 5.0 DISKUSJON | 23 |
| 5.1 METODEDISKUSJON | 23 |
| 5.2 RESULTATDISKUSJON | 23 |
| 5.2.1 <i>Sykepleier skal ivareta behov for informasjon</i> | 23 |
| 5.2.2 <i>Tilrettelegge for sosial støtte og anerkjennelse</i> | 25 |
| 5.2.3 <i>Stimulere til livsstilsendring og stressmestring</i> | 27 |
| 6.0 KONKLUSJON..... | 32 |
| 7.0 LITTERATURLISTE | 33 |

1. 0 INNLEDNING

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner. Av alle kvinner som får en kreftdiagnose rammes hele 22 % av brystkreft. I 2016 var det 3371 nye tilfeller av brystkreft i Norge, mot 1235 tilfeller i 1970. Sykdommen rammer først og fremst kvinner over 50 år. Av alle nye tilfeller brystkreft i årene 2009 – 2016 var kun 5.1 % under 40 år (Helsedirektoratet, 2018). Selv om stadig flere kvinner får brystkreft, har andelen overlevende etter sykdommen økt. Årsaken er nye behandlingsformer og mer intensiv kreftbehandling. På slutten av 1970 tallet var 5 års relativ overlevelse 73,4 prosent. Siste femårsperiode er overlevelsen økt til i overkant av 90 prosent (Kreftregisteret, 2018).

Studier viser at kreftoverlevende kan ha behov for oppfølging i lang tid etter sykdommen (Knobf, 2007). Mange vil være friskmeldte fra kreftdiagnosen, men likevel syke som følge av seneffektene etter behandlingen (Hess, Dahl og Kiserud, 2018).

Det er viktig at helsepersonell som møter kreftoverlevende har kunnskap om seneffekter (Reinertsen, Loge og Kiserud, 2017). Ett av målområdene i Nasjonal kreftstrategi er å legge til rette for best mulig livskvalitet for kreftpasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette innebærer blant annet at alle skal få tilbud om rehabilitering som en integrert del av forløpet, både under og etter behandling.

I tillegg til særegne utfordringene knyttet til seneffekter av behandlingen, kan kreftoverlevende ha store utfordringer knyttet til håp, usikkerhet og eksistensielle tanker om mening, liv og død. Redselen for tilbakefall kan for den enkelte være plagsom å leve med. Viktige mål for rehabiliteringen er å fremme mestring (Myhre, 2012).

Mange kreftpasienter opplever mangelfull informasjon omkring potensielle seneffekter etter gjennomgått behandling. Kreftforeningen opplever stor etterspørsel etter kurs om seneffekter og peker på et behov for økt kunnskap blant helsepersonell (Rolland, 2017).

1.1 Sykeleiefaglig relevans

Sykepleie innebærer et bredt spekter av oppgaver. Disse varierer fra helsefremmede og forebyggende arbeid, sykepleie ved akutte, kritiske eller kroniske sykdomstilstander, til rehabilitering og palliativt arbeid (Holter, 2015). Mange som har hatt kreft sliter med ulike fysiske eller psykiske ettervirkninger av behandlingen og vil trenge rehabilitering.

Sykepleiers ansvarsområder i behandlingsløpet beskrives i pakkeforløpet for kreft (Helsedirektoratet, 2016b). Her står det at sentrale tiltak er å ivareta pasientens grunnleggende behov, informasjon, støtte og opplæring til å takle utredning, behandling og oppfølging av kreftsykdom og konsekvensene av denne (Helsedirektoratet, 2016a).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) sier at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Pasienter som har hatt kreft kan ha behov for hjelp til en orientering mot en ny normal tilværelse etter sykdom. I dette ligger hjelp til å akseptere og tilpasse seg begrensninger, et endret selvilde, holdninger og adferd. (Gudbergsson, 2017).

2.0 BAKGRUNN

2.1 Brystkreftbehandling og seneffekter

Behandling av brystkreft bestemmes ut fra svulstens størrelse, kreftcellenes egenskaper, og eventuell spredning til omkringliggende lymfeknuter (Brystkreftforeningen, 2019).

Behandlingen består av flere elementer: kirurgi, strålebehandling og adjuvant behandling som cellegift og hormonbehandling. Tidligere var det vanlig å fjerne hele brystet ved kirurgi, men i dag benyttes oftere brystbevarende kirurgi der tumor fjernes sammen med omliggende vev. Ved kirurgisk fjerning av tumor sjekkes det for spredning til lymfeknuter ved aksillen, såkalt vaktpostlymfeknuteteknikk. Stråling av brystet etter kirurgi reduserer risiko for tilbakefall. Nyere forskning viser at brystbevarende kirurgi i kombinasjon med stråling er like sikkert som kirurgi der hele brystet fjernes. Cellegift og hormonbehandling gis i etterkant for å redusere risikoen for tilbakefall (Wist, 2010).

Man vet i dag at det er en rekke bivirkninger knyttet til adjuvant behandling av brystkreft. I hvert enkelt tilfelle kan det være vanskelig å vite helt konkret hva som fører til de ulike plagene (Wist, 2010).

Senkomplikasjonene kan ha ulik alvorlighetsgrad og ulik grad av innvirkning på livet til den enkelte pasient. Plagene kan arte seg som somatiske, psykologiske eller sosiale problemer. Eksempler er kronisk tretthet, søvnproblemer, smerter og konsentrasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2017). Det er rapportert om høy forekomst av angst og depresjon og mange sliter sosialt og faller helt eller midlertidig ut av arbeidslivet. Helse- og omsorgsdepartementet (2018) slår fast at der er behov for økt kunnskap og oppmerksomhet rundt senkomplikasjoner på alle nivåer i helsetjenesten.

2.1.1 Fatigue etter kreftsykdom

Fatigue er en av de vanligste symptomene ved kreftbehandling. Tilstanden defineres som en subjektiv opplevelse av vedvarende tretthet, svakhet og energiløshet. Per i dag finnes det ikke etablerte kriterier som kan klassifisere fatigue som en egen diagnose. Norske studier viser at opp til 35% av brystkreftoverlevende fortsatt er plaget av utmattelse lenge etter at de er ferdigbehandlet (Reinertsen, Loge og Kiserud, 2017). Hos mange forsvinner symptomene

etter avsluttet behandling, mens andre opplever at utmattelsen først melder seg en stund etter behandlingsslutt. Tilstanden kan vare fra måneder opptil flere år hos enkelte. Utmattelsen defineres som kronisk dersom symptomene vedvarer i 6 måneder eller mer.

Fatigue kan være svært inngripende på pasientens livskvalitet (Bower *et al.*, 2000). Det kan påvirke evnen til å fungere i sosiale sammenhenger, i familielivet, arbeidsliv og i andre daglige aktiviteter. Mange beskriver fatigue som den mest belastende og plagsomme seneffekten etter kreftsykdom.

Opplevelsen av fatigue kan arte seg ved både fysiske og psykiske symptomer. Overveldende tretthet, kraftløshet, smerter, økt søvnbehov, nedsatt hukommelse og konsentrasjon er vanlig. Mange opplever at de raskt går tom for krefter ved både fysiske og psykiske anstrengelser og at det også tar lang tid å gjenvinne kreftene etter anstrengelsene. Som ved vanlig tretthet hos friske, forsvinner ikke plagene ved søvn og hvile. Depresjon, angst, og mangel på motivasjon er også assosiert med tilstanden (Bower, 2014).

Man vet ikke sikkert årsaken til at noen får utmattelse etter kreftbehandling. Nyere studier har vist at risikoen for å utvikle alvorlig fatigue hos brystkreftoverlevende øker med kombinasjonsbehandling av kirurgi, cellegift og strålebehandling sammenlignet med kirurgi og strålebehandling alene. Fatigue forekommer imidlertid etter kirurgisk behandling alene og ved kirurgi kombinert med immunterapi og hormonterapi. En antatt biologisk faktor som bidrar til tilstanden, er inflammasjonsprosesser med en dysregulering i proinflammatoriske cytokiner. Strålebehandling spesielt kan utløse langvarige inflammasjonsprosesser. Andre biologiske forklaringer som har blitt studert er endringer i hypotalamus-hypofyse-binyre-aksen med dysregulering av kortisolproduksjon, samt endret ATP- og muskelmetabolisme (Schjølberg, 2017).

Det er imidlertid enighet om at fatigue ikke kan forklares av sykdoms- og behandlingsrelaterte faktorer alene. Man antar at det er et multifaktorielt fenomen som kan påvirkes av både somatiske og psykososiale faktorer. Andre seneffekter eller komorbide tilstander som søvnforstyrrelser, smerter, hormonforandringer eller anemi kan også medvirke til fatigue (Schjølberg, 2017).

Opprettholdende faktorer har fått mye oppmerksomhet de senere år. Grubling, uro og bekymring omkring sin tetthetstilstand tar mye energi. Mange er redde for at trettheten skyldes tilbakefall av sykdom. (Reinertsen, Loge og Kiserud, 2017) Problemer med å akseptere at man ikke mestrer hverdagsliv slik man gjorde før kan også føre til nedstemthet og emosjonelt stress. Ofte er resultatet at man havner i en ond sirkel av katastrofetanker, fysisk inaktivitet, overopptatthet av symptomer, selvkritikk, pessimisme og vansker med å finne balansen mellom aktivitet og hvile. Dette antas å bidra til vedlikeholdelse av symptomene (Fjerstad, 2010).

2.1.2 Kartlegging av fatigue

Fatigue kan for helsepersonell være vanskelig å observere. Det er både praktisk og metodisk utfordrende å måle og beskrive tilstandens karaktertrekk fordi den primære informasjonskilden kommer fra pasientenes selvrapporing. Nøyaktig hvordan fatigue oppleves av den enkelte varierer også. Det finnes ikke to personer som har nøyaktig det samme mønsteret på fatigue (Reinertsen, Loge og Kiserud, 2017).

Det er avgjørende at helsepersonell er oppmerksom på at trettheten er et sammensatt fenomen. En generell tretthetsanemnese bør utføres og inneholde punkter som symptomdebut, mønster, varighet, endring over tid, faktorer som forverrer eller letter plagene, samt hvordan aktivitetsmønsteret til pasienten ser ut gjennom dagen og uken. I tillegg er det viktig å avdekke psykologiske forhold som nivå av bekymring og katastrofetanker, smerter og søvnmønster og eventuelle andre komorbide tilstander (Reinertsen, Loge og Kiserud, 2017).

For å best mulig fange opp pasientens situasjon anbefales bruk av spørreskjema eller dagboknotater. Det finnes i dag flere selvrapporerings instrumenter som spesifikt har til hensikt å kartlegge fatigue. Disse skjemaene tar utgangspunkt i at fatigue er et subjektivt opplevd symptom. Observasjon og registrering utført av sykepleier eller pårørende er også viktige verktøy i kartleggingen av fatigue (Schjølberg, 2017).

2.2 Stress og mestring ved langvarige og kroniske lidelser

Livshendelser som innebærer store krav til endring og tilpasning utløser ofte stress. Å bli rammet av alvorlig sykdom oppleves som en stor påkjenning og er forbundet med høy grad av

stress. Hvordan man opplever den stressfylte situasjonen er avhengig av både personlige faktorer og faktorer i miljøet (Håkonsen, 2009). Mange kreftpasienter må leve med mye usikkerhet i forhold til prognose og forløp av sykdommen sin. Denne usikkerheten bærer mange med seg i måneder og år etter at de er ferdigbehandlet (Utne, 2017).

Stress og livskriser fører med seg ubehagelige følelser for den det rammer. I møte med slike påkjenninger vil individet forsøke å finne en måte å endre dette ubehaget på. Lazarus og Folkman (i Håkonsen, 2009) skiller mellom to former for mestringsstrategier; problemfokustert mestring og følelsesmessig mestring. Ved problemfokustert mestring vil individet forsøke å endre, eliminere eller løse selve problemet eller situasjonen. Dette kan være nyttig dersom man står ovenfor en situasjonen som lar seg endre. Likevel vil man ofte stå ovenfor utfordringer der situasjonen ikke *kan* endres, som når man eksempelvis får en alvorlig sykdom. I slike situasjoner vil man oppleve stor grad av negative følelser, stress og ubehag samtidig som man opplever at det er svært lite man kan gjøre for å endre på situasjonen. Ved følelsesfokustert mestring benytter man mer ubevisste strategier for å endre *opplevelsen* av den vanskelige situasjonen. Denne mestringsformen endrer ikke på det ytre problemet, men kan hjelpe individet med å akseptere og leve med det som oppleves vanskelig. Eksempler på hensiktsmessig følelsesfokustert mestring kan være at en fokuserer på å godta og akseptere en ny situasjon. Et annet eksempel er å søke trøst og forståelse for å "lette på" indre spenninger, eller at en prøver å finne en dypere mening med hendelsen fra et religiøst eller eksistensielt perspektiv (Håkonsen, 2009).

Salutogenese ble beskrevet av Antonovsky i 1979. Teorien kaster lys over hva som skaper og fremmer fysisk og psykisk helse og gir individer økt mestring og velvære. Teorien står i kontrast til patogenese som har som mål å forklare sykdom, og som klassifiserer mennesker som enten syke eller friske. Innenfor Salutogenese defineres helse som et kontinuum, altså at helse kan graderes (Langeland, 2017). Når man har en kronisk sykdom eller tilstand må man finne styrken til å leve med den belastningen dette fører med seg. Denne styrken ligger i fokus på det friske, ens ressurser og meningsbærende elementer i livet (Fjerstad, 2010).

Et sentralt element i teorien som Salutogenese er et begrep som kalles opplevelse av sammenheng, som forkortes OAS (Langeland, 2017). Antonovsky hevdet at mestring, helse og velvære henger sammen med hvilken grad individet opplever hverdagen i form av begripelighet, håndterbarhet og mening. Når man opplever virkeligheten som begripelig,

opplever man at hendelser og situasjoner er forståelige, sammenhengende, strukturerte og klare. Dette i motsetning til opplevelser av kaos og at ting er uforståelige, tilfeldige og uorganiserte. Håndterbarhet henger sammen med at personen opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til å mestre de krav som oppstår i ulike situasjoner. Meningsfullhet betyr at individet har områder i livet som er av betydning for dem og som en er engasjert i både kognitivt og følelsesmessig. Om livet er forståelig rent følelsesmessig, vil man kunne klare å se at utfordringer man møter i livet kan ha en verdi.

Teorien om Salutogenese identifiserer generelle motstandsressurser (GMR) som fremmer mestring i møte med utfordringer. Motstandsressursene er ressurser som finnes i personen selv eller i omgivelsene. Eksempler på GMR er sosial støtte, intelligens, kunnskap, mestringsstrategier, livserfaringer, materielle ressurser, religion og verdier.

Det er et gjensidig samspill mellom OAS og GMR. Jo større OAS, jo større er evnen til å benytte seg av ressurser i seg selv og i omgivelsene (Langeland, 2017).

2.3 Hensikt

Fatigue medfører ofte redusert aktivitetsnivå og sosial isolasjon. Mange kreftoverlevende med fatigue sliter med angst og generell redusert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017).

Hensikten med litteraturstudien er å finne ut hvordan man som sykepleier kan fremme helse og mestring hos brystkreftoverlevende som opplever fatigue.

2.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme mestring av fatigue hos brystkreftoverlevende?

3.0 Metode

Metoden som er benyttet i denne oppgaven er litteraturstudie. Når man gjør en litteraturstudie identifiserer man først en problemstilling, for deretter å forsøke å besvare den gjennom en fremstilling av kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Prosessen utføres systematisk ved at man samler inn litteratur, utfører en kritisk gjennomgang og analyse av den, og til slutt sammenfatter man det man det hele (Thidemann, 2015). Hensikten er å gi leseren god og oppdatert forståelse av kunnskapen som allerede finnes på området som problemstillingen etterspør. Ny innsikt vil kunne utvikles og kunnskapshull avdekkes. Dette vil gi retning for områder der det er behov for videre forskning (Aveyard, 2014).

Det finnes i dag mye litteratur og forskning innen helsefag og som sykepleier er man pålagt å holde seg oppdatert på ny kunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Å skulle følge med på alle nye studier som publiseres er en umulig oppgave. Å lese kun én studie vil heller ikke gi et pålitelig bilde av forskningsspørsmålet. Til dette trenger man litteraturgjennomganger der all tilgjengelig litteratur om det aktuelle temaet samles, analyseres og sammenfattes (Aveyard, 2014).

I en litteraturstudie skal metodebeskrivelsen skal være så presist formulert at litteraturstudien kan etterprøves av andre slik at de konkluderer med det samme (Thidemann, 2015).

3.1 Søkestrategi

Søk etter litteratur kan gjøres både manuelt og gjennom ulike databaser (Thidemann, 2015). I arbeidet med bakgrunnsstoffet ble det benyttet litteratur fra lærebøker, fag- og forskningsartikler, lover og forskrifter, samt oppslagsverk. Manuelle søk ble gjort for å få oversikt over var relevant litteratur for valgt tema.

For å finne studier for å svare på problemstillingen ble søkene systematisert. Aveyard (2014) understreker viktigheten av å benytte en systematisk søkestrategi når man skal identifisere vitenskapelige artikler for å svare på problemstillingen. Uten en grundig søkestrategi vil søkingen bli tilfeldig og uorganisert. Man risikerer å gå glipp av relevante studier med det resultat at man i ikke får en fullstendig og troverdig fremstilling av temaet. Når man dokumenterer alt man har gjort i søkeprosessen vil leseren av litteraturstudien kunne være

trygg på at forfatteren har gjort et grundig søk og at resultatene er representative for litteraturen (Aveyard, 2014).

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble definert for avgrense mengden litteratur. Aveyard (2014) presiserer at inklusjons- og eksklusjonskriterier er til god hjelp for å luke ut litteratur som ikke er relevant for studien. Kriteriene vises i tabellen under:

| <i>Inklusjonskriterier</i> | <i>Eksklusjonskriterier</i> |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Kvinner ferdigebehandlet for brystkreft• Fagfelleverderte vitenskapelige studier• IMRAD-struktur• Studier fra industrielle land.• Kvalitative og kvantitative studier• Enkeltstudier | <ul style="list-style-type: none">• Studier utført før 2012• Studier som omhandler pasienter i pågående behandling• Studier med pasienter i palliativ behandling.• Oppsummerte oversiktsstudier |

For artikkelsøk ble databaser for helse- og sosialfag benyttet. Databasene som ble brukt var Cinahl, MEDLINE og PubMed. Dette er sentrale databaser inne helsefag (Thidemann, 2015). De fleste artiklene ble hentet fra Cinahl, og kun én fra Medline.

For å gjøre gode søk trenger man å utvikle logiske og relevante søkeord eller emneord. Både standardiserte emneord som beskriver innholdet i artiklene, eller søkeord i fritekst kan benyttes (Thidemann, 2015). Søkeord, kombinasjoner og treff vises i tabellen under.

Overskriften på artiklene var det første som ble vurdert. Dersom overskriften indikerte at artikkelen omhandlet utvalgt tema, ble sammendraget lest. Ved å sjekke innholdet i sammendraget opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier kunne artikler som ikke hadde relevans forkastes. NSDs Database for statistikk om høgre utdanning ble benyttet for å sjekke om artiklene var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter (DBH, 2019).

Det ble valgt ut 11 artikler som ble printet ut og lest i sin helhet. Etter en granskning av innholdet i de utvalgte artiklene ble imidlertid 5 av artiklene forkastet på bakgrunn av at de

ikke møte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. 6 artikler ble beholdt for å svare på problemstillingen.

Søketabell

| Søkedato | Søkeord | Database | Søkekombinasjoner | Antall treff | Utvalgte artikler |
|----------|---|----------|----------------------------------|------------------------|-------------------|
| 01.04.19 | 1. Neoplasms 2. Mind-body Techniques 3. Survivors 4. Fatigue 5. Breast Cancer | Cinahl | S1, S2, S3, S4 AND S5 | 301 079 25 | <i>Artikkel 1</i> |
| 01.04.19 | 1. Cancer survivors 2. Cancer Fatigue 3. Mind-body technique | Cinahl | S1 S1 AND S2 S1,S2, AND S3 | 4699 110 9 | <i>Artikkel 2</i> |
| 01.04.19 | 1. Cancer fatigue 2. Rehabilitation 3. Cancer survivors 4. Breast Cancer | Cinahl | S1, S2, S3 AND S4 | 840 11 | <i>Artikkel 3</i> |
| 01.04.19 | 1. Cancer Fatigue 2. Cancer survivorship | Cinahl | S1 AND S2 | 840 7 | <i>Artikkel 4</i> |
| 08.04.19 | 1. Neoplasms 2. Fatigue 3. Survivors 4. Stress, Psychological | Medline | S1,S2 AND S3 S1,S2, S3 AND S4 | 1.896,103 553 11 | <i>Artikkel 5</i> |
| 01.04.19 | 1. Breast Neoplasms 2. Adaptation, psychological 3. Quality of life 4. fatigue | Cinahl | S1, S2, S3 AND S4 | 16 | <i>Artikkel 6</i> |

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitative studier belyser menneskelige erfaringer. I følge Thidemann (2015) er hensikten med kvalitativ forskning å få frem nyanser, samt å få kunnskaper om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker og forventninger. Datainnsamling til kvalitative undersøkelser foregår gjennom intervjuer, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Gjennom kvalitativ metode søker man å få dybdekunnskap om et tema (Thidemann, 2015).

Kvantitativ metode benyttes når man ønsker å undersøke effekten av en intervensjon. I kvantitativ forskning vektlegger man kunnskap som kan observeres og regnes ut i målbare enheter. Man søker faktakunnskap basert på harde og objektive data som kan benyttes til statistiske beregninger. Beregningene kan brukes for å lage representative oversikter slik at kunnskapen kan generaliseres. Datainnsamling ved kvantitativ metode foregår gjennom standardiserte spørreskjema, systematiske og strukturerte observasjoner, eksempelvis blodprøver og andre målinger, eller gjennom eksperiment. Ved å få et lite antall opplysninger fra et stort antall undersøkelsesenheter søker man breddekunnskap (Thidemann, 2015)

3.3 Kvalitetsvurdering

Det er nødvendig å kvalitetsvurdere litteraturen som brukes i oppgaven. Styrker og svakheter identifiseres gjennom en strukturert gjennomgang av hver enkelt vitenskapelige artikkel (Aveyard, 2014). I denne oppgaven er det brukt Helsebibliotekets sjekkliste (Helsebiblioteket, 2016) som inneholder kontrollspørsmål som gjør arbeidet med kvalitetsvurderingen enklere (Nortvedt *et al.*, 2012). Vurderingen ble gjort med hensyn til studiens problemstilling, studiedesign, metodebeskrivelse, utvalg, datasamling, målemetoder og analyse. I kvalitative studier er det viktig at det redegjøres grundig for hvordan studien er gjennomført og funnene tolket. Funnene kan da vurderes som troverdige eller pålitelige (Nortvedt *et al.*, 2012). I den kritiske granskningen av de kvantitative studiene ble validitet og reabilitet vurdert. Validitet henger sammen med hvorvidt studien måler det den faktisk hevder den skal. Reabilitet refererer til hvorvidt de funnene kan etterprøves (Aveyard, 2014).

3.4 Forskningsetikk

Som ledd i kvalitetsvurderingen av artiklene ble det gjort en vurdering med tanke på hvorvidt forskningsetiske prinsipper var ivaretatt. Forskere plikter å påta seg et etisk ansvar. Sentrale forskningsetiske normer er hensyn til forsøkspersonen, derunder informert og frivillig samtykke, konfidensialitet og ivaretagelse av personopplysninger (Slettebø, 2008).

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer for utøvelse av forskning.

Videre stilles det krav til forskerens kompetanse for at resultatet blir forsvarlig. I forskning der man bruker pasienter skal det alltid innhentes tillatelse fra en etisk komité. 5 av 6 utvalgte artikler sier at de er godkjent av en etisk komité.

3.5 Analyse

I denne oppgaven er det benyttet Aveyards forenklete tilnærming til analyse av forskningsartikler. Denne tilnærmingen kalles tema-analyse og er forenklet og tilpasset til bruk eksempelvis for litteraturstudier på Bachelor nivå. Tema-analysen er en protokoll som følges for å sammenfatte og bearbeide innholdet i artiklene. Første trinn er å lage en kritisk sammenfatning av innholdet i de utvalgte studiene. For å kunne analysere og tolke teksten i artiklene var det nødvendig å lese innholdet flere ganger. I følge Aveyard (2014) er det viktig at man har en grundig forståelse for innholdet i artikkelen, og kan avdekke dens styrker og svakheter. For å få en god oversikt over innholdet i de valgte artiklene ble det laget en matrise for hver enkelt artikkel med et sammendrag av hensikt, metode og resultat. Tabellen vises under.

I trinn to av tema-analysen lager man temaer ut fra resultatene i artiklene. Ved å se på funnene i hver av artiklene ble temaer identifisert. Temaene ble deretter presentert i løpende tekst på en logisk måte i forhold til å kunne svare på problemstillingen (Aveyard, 2014).

4.0 Resultater

Artikkel 1

| | |
|-----------------------|--|
| Artikkelens referanse | Bower et. al (2012) <i>Yoga for persistent fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled trial</i> . American Cancer Society. Vol. 118, Issue 15. Pages 3766-3775. |
| Tidsskrift | Cancer. Fagfelleevaluering nivå 1 |
| Hensikt | Å undersøke gjennomførbarhet og effekt av en yoga intervensjon for brystkreftoverlevende. Intervensjonen var rettet mot brystkreftoverlevende med vedvarende fatigue etter gjennomført kreftbehandling. |
| Metode | Randomisert kontrollert studie med en intervensjonsgruppe som gjorde yoga, mens kontrollgruppen fikk helseopplæring. 31 kvinner ble tilfeldig fordelt i de to gruppene. Med i studien var brystkreftoverlevende plaget med vedvarende fatigue. Primærutfallet var fatigue ved oppstart, 2 uker ut i intervensjonen, samt 3 måneder etter at intervensjonen var avsluttet. Sekundære utfall var energinivå, depressive symptomer, søvn, selvopplevd stress og fysisk utholdenhet. |
| Resultat | Graden av fatigue ble signifikant redusert relativt til undersøkelsesgruppen fra oppstart til intervensjonens slutt, samt ved tre måneders oppfølging. I tillegg viste det en signifikant økning i energinivå i forhold til kontrollgruppen. Begge gruppene viste positive endringer for depressive symptomer og selvopplevd stress. Det ble ikke funnet signifikante endringer i søvn eller fysisk yteevne. |
| Egne kommentarer | Svakheter: <ul style="list-style-type: none">• Lite utvalg• Mulig kan positive forventninger til intervensjonen påvirke utfallet. Etisk godkjenning. |

Artikkel 2

| | |
|-----------------------|--|
| Artikkelens referanse | <u>Browning, Kristine K.; Kue, Jennifer; Lyons, Felisha; Overcash, Janine (2017) Feasibility of Mind-Body Movement Programs for Cancer Survivors</u> . Oncology Nursing Forum. VOL. 44, Issue. 4. Pages 446–456. |
| Tidsskrift | Oncology Nursing Forum. Fagfelleevaluering nivå 1 |
| Hensikt | Å finne ut av kreftoverlevendes motivasjon for å delta i en MBME (Yoga, Tai-Chi eller Qigong) klasse. I tillegg målte forskerne fysiske, psykiske og biologiske endringer over tid. |
| Metode | Kohort-studie utført på en gruppe kreftoverlevende over en 8-9 måneders periode. Intervensjonen var en klasse pr uke over 10 uker. En såkalt mixed- method der både kvantitative og kvalitative data ble analysert. Data ble målt ved 4 ulike tidspunkt. Variabler som ble studert var livskvalitet, søvn, depressive symptomer, fatigue, stress, overkroppsstyrke, gangfunksjon og balanse, BMI, hjertefrekvens og blodtrykk. |
| Resultat | MBME klassene var nyttige for deltagerne for fysisk trening, i tillegg til at de følte sosial støtte og fellesskap med likesinnede. Dårlig søvnkvalitet var en variabel som holdt seg konstant gjennom hele studien. |

| | |
|------------------|--|
| Egne kommentarer | <p>Svakheter ved studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kun 72% svarte på siste datarunde. • Kun 33 deltagere var med i studien. • Kun deltagere som frivillig ønsket å være med i studien • Ingen beskrivelse av etiske hensyn. Ble likevel tatt med på bakgrunn av en bedømming av referansene. • <p>Det fremkommer ikke om studien er vurdert av etisk komité</p> |
|------------------|--|

Artikkel 3

| | |
|-----------------------|---|
| Artikkelens referanse | Hirshey et.al (2017) <i>Exploration of Exercise Outcome Expectations Among Breast Cancer Survivors</i> . Cancer Nursing. Vol: 40. Issue 2. Pages: E39–E46. |
| Tidsskrift | Cancer Nursing Fagfelleevaluering nivå 2 |
| Hensikt | Å kartlegge brystkreftoverleveres forventninger til effekt av fysisk aktivitet. |
| Metode | <p>En beskrivende studie hvor det er benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode. 20 brystkreftoverleverer som hadde gjennomført et 16 ukers treningsopplegg som del av en RCT moderstudie var utvalgt. Det ble utført semi-strukturerte telefonintervju for å undersøke hvilke forventninger de hadde til effekten av fysisk aktivitet. Kvantitative data ble samlet gjennom standardiserte spørreskjema.</p> <p>De kvalitative dataene ble analysert gjennom en oppsummert innholdsanalyse, mens det ble regnet gjennomsnitt av de kvalitative dataene. De kvalitative og kvantitative dataene ble så sammenlignet for å vurdere likheter og ulikheter i resultat.</p> |
| Resultat | <p>Fysiske fordeler av trening ble verdsatt av kvinnene, men det var de psykologiske fordelene som hadde mest innvirkning på livet.</p> <p>Alt i alt viste resultater fra studien at brystkreftoverleverende ikke hadde tanker eller forventninger om at trening kunne lette seneffekter av kreftbehandling.</p> |
| Egne kommentarer | <p>Svakheter ved studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inkluderte deltagere som var motiverte for å trene • De kvantitative funnene kan ha blitt påvirket av diskusjon rundt de kvalitative spørsmålene. Den kvantitative datasamlingen burde forekommet først. <p>Etisk godkjenning</p> |

Artikkel 4

| | |
|-----------------------|--|
| Artikkelens referanse | Maria M. Pertl*, Jean Quigley and David Hevey (2014) <i>'I'm not complaining because I'm alive': Barriers to the emergence of a discourse of cancer-related fatigue</i> . Psychology & Health. Vol. 29, Issue. 2, Pages 141–161. |
| Tidsskrift | Psychology & Health. Fagfelleevaluering nivå 1 |
| Hensikt | Å finne ut hvilke faktorer som hindrer at kreftrelatert fatigue kommuniseres mellom pasient, helsepersonell og omverdenen. |

| | |
|------------------|---|
| Metode | Kvalitativ studie. Analysegrunnlaget var kommentarer fra et spørreskjema i forbindelse med en annen studie på kreftrelatert fatigue. |
| Resultat | Funnene indikerte at pasientens opplevelse av fatigue er i konflikt med de forestillingene omverdenen som familie og helsepersonell har. Dette hindrer en sosial og medisinsk dialog omkring fatigue. |
| Egne kommentarer | <p>Svakheter ved studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lite utvalg • Funn er basert på et begrenset antall spørsmål <p>Etisk godkjenning</p> |

Artikkel 5

| | |
|-----------------------|--|
| Artikkelens referanse | Johns et.al. (2015) <i>Randomized Controlled Pilot Study of Mindfulness-Based Stress Reduction for Persistently Fatigued Cancer Survivors</i> . <i>Psycho-Oncology</i> . Vol: 24, Issue 8. Pages: 885-893. |
| Tidsskrift | <i>Psycho-Oncology</i> . Fagfellevurdering nivå 1 |
| Hensikt | Å undersøke effekten av en mindfulness intervensjon på kreftoverlevende med kreftrelatert fatigue og andre relaterte symptomer. |
| Metode | Randomisert kontrollert studie med 35 kreftoverlevende som ble plassert i en intervensjonsgruppe eller en kontrollgruppe. Primærutfall var å se på hvilken generell innvirkning fatigue har på livet til kreftoverlevende. Sekundærutfall som graden av fatigue, funksjonshemming, vitalitet, depresjon, angst og søvnforstyrrelser ble også studert. Primær- og sekundærutfall ble vurdert ved oppstart av studien, etter intervensjonens slutt og etter 1 måned. Kontrollgruppen fikk samme intervensjon etter 1 måned. Begge gruppene ble fulgt opp 6 måneder etter at intervensjonen var avsluttet for å vurdere vedlikehold og langtidseffekt av MBSR-intervensjonen. |
| Resultat | Med hensyn til primærutfallet som var den begrensningen fatigue har på livet til kreftoverlevende, ble det demonstrert signifikant forbedring i forhold til kontrollgruppen. |
| Egne kommentarer | <p>Svakheter ved studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lite utvalg • Frivillige påmeldte deltagere • Wait-list kontrollgruppe i stedet for en annen intervensjon. <p>Etisk godkjenning.</p> |

Artikkel 6

| | |
|-----------------------|---|
| Artikkelens referanse | Bjørneklett <i>et. al</i> (2012) <i>Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer</i> . Journal of Psychosomatic Research. Vol 74, Issue 4. Pages: 346-353. |
| Tidsskrift | Journal of Psychosomatic Research. Fagfellelvurdering nivå 1 |
| Hensikt | Å se på langtidseffekt av en støttegruppe-intervensjon som ble utført som randomisert kontrollert studie utført 6, 5 år tidligere |
| Metode | Moderstudien var en randomisert kontrollert studie med 382 deltagere, med likt antall i hver av gruppene. Kvinnene i intervensjonsgruppa deltok på 1 ukes støttegruppe, med oppfølging 2 måneder senere. De samme deltagerne svarte på ulike spørreskjema 6,5 år etter studien. |
| Resultat | Signifikant forbedring i fysisk og mental fatigue, kognitiv funksjon, kroppsbilde og syn på fremtiden i forhold til kontrollgruppe. |
| Egne kommentarer | Svakheter ved studien: <ul style="list-style-type: none">• Flere fra intervensjonsgruppen enn fra kontrollgruppen ville delta i oppfølgingsstudien.• Pasientene som ble med i studien ble ikke screenet for ulike behov og symptombilder. Etisk godkjenning |

4.1 Sammenfatning av resultater

Her presenteres resultatene fra utvalgte artikler med fokus på nøkkelfunn som er relevante i forhold til å svare på problemstillingen. Funnene trekkes frem, sammenfattes og presenteres under forskjellige hovedtemaer.

4.1.1 Informasjon og undervisning

I studien til Pertl, Quingley og Hevey (2014) kom det frem at kvinnene med brystkreft ikke hadde blitt advart om at fatigue kunne vare i lang tid etter kreftbehandlingen. Det var ingen som hadde gitt informasjon om hvor lenge tilstanden eventuelt kunne vedvare. Det er uheldig at kreftpasienter ikke får tilstrekkelig informasjon om hvordan fatigue kan utarte seg. Mangelfull informasjon kan påføre kreftoverleveren stress og angst ved at de for eksempel tror det er kreften som har kommet tilbake. Videre kan mange føle at de ikke klarer å leve opp til de forventningene de har til seg selv og andre som kreftoverlever, fordi de tror at det å være ferdigbehandlet betyr å være frisk.

Björneklett *et al.* (2013), Bower *et al.* (2012) og Johns *et al.* (2015) inkluderte informasjon og undervisning i sine intervensjonsstudier.

I Johns *et al.* (2015) sin studie lærte deltagerne mindfulness. Inkludert i programmet var pskoedukasjon der deltagerne lærte om stressfysiologi og sammenhengen mellom stress og fatigue. I tillegg var det samtalegrupper der deltagerne ble bevisstgjort på tankemønstre som ”katastrofetanker” og hvordan dette kan føre til at de blir passive.

I Browning *et al.* (2017) sin studie ble det gitt undervisning rundt flere temaer. Temaene var kreftrelatert fatigue, kreftoverlevelse, psykologiske utfordringer ved kreftoverlevelse, vekt og kosthold, hvordan leve med kronisk sykdom, risikofaktorer for kreft, kognitive problemer etter kreft, osteoporose, søvnhygiene, kroppsbilde, seksualitet, mening og målsetting. Undervisningen var lagt opp som teori og diskusjon i gruppe. I Björneklett *et al.* (2013) sin studie ble det undervist om lignende temaer.

I de tre studiene (Björneklett *et al.*, 2013; Bower *et al.*, 2012; Johns *et al.*, 2015) ble det funnet reduksjon i fatigue og andre utfall som blant annet depressive symptomer.

4.1.2 Sosial støtte og anerkjennelse av symptomer

I studien til Pertl, Quingley og Hevey (2014) ble det funnet et sprik mellom pasientens opplevelse av fatigue, og hvordan tilstanden forstås av helsepersonell og omverdenen øvrig. Dermed opplever kreftoverlevende å møte lite forståelse og anerkjennelse av symptomene sine. I studien beskrev mange pasienter at de opplevde det som både frustrerende og belastende at helsepersonell viste såpass lite kunnskaper, interesse og støtte. Dette mener Pertl, Quigley og Hevey (2014) er en hindring for å få til en dialog rundt tematikken, som igjen fører til at det ikke igangsettes nødvendige tiltak.

I den samme studien (Pertl, Quigley og Hevey, 2014) ble det trukket frem at pårørende og omgivelsene har andre forventninger til hva det vil si å ha overlevd kreft. Det snakkes ofte om at kreftpasienter har ”overvunnet ” eller ”bekjempet” kreften, og dermed er de friske. Pasienten med fatigue kjenner seg ofte ikke igjen i denne beskrivelsen av triumf, men bærer heller på en følelsen av kaos og tap der de sliter med å finne en mening og identitet å passe inn i. Pasientene kan tenke at problemene de opplever er marginale i forhold til den

livstruende kreften, og derfor føler de ikke at trettheten er berettiget oppmerksomhet fra helsepersonell eller pårørende.

Videre kom det frem i studien (Pertl, Quigley og Hevey, 2014) at mangelen på sosial støtte fra venner, pårørende og ektefelle ga en følelse av isolasjon. Å kunne ta del i en studie der de møtte likesinnede ble trukket frem som en lettelse. I tillegg ble det sagt at det var godt å vite at forskere tok problemene deres på alvor.

Browning *et al.* (2017) undersøkte effekten av deltagelse i tre ulike såkalte *Mind-Body* treningsgrupper. Treningsgruppene besto av enten yoga, tai-chi eller Qigong. Forskerne ønsket å se på om gruppeaktivitet av denne typen kunne ha effekt på ulike variabler, deriblant fatigue. Deltagerne opplevde forbedret helse og symptomlindring, i tillegg til følelsen av sosial støtte og fellesskap. Mange rapporterte at det var lettere å håndtere symptomer når man kunne møte andre som slet med det samme. På spørsmål om hva de likte med å delta i yogaklassen svarte 30% at de fikk mulighet til å "dele bekymringer", føle støtte og fellesskap, rehabilitering av kropp og sjel, selv-hjelp, mestring og ro.

I den samme studien (Browning *et al.*, 2017) kom det frem at å veiledes og anerkjennes av en fagperson, som i denne sammenhengen var yogalæreren, virket positivt inn på motivasjonen for deltagelsen. Det ble satt pris på en erfaren og entusiastisk yogalærer som kunne formidle praktiske mestringsstrategier for håndtering av symptomene, også utenfor den ukentlige yogaklassen.

Bjørneklett *et al.* (2013) undersøkte langtidseffekten av en støttegruppe for kreftoverlevende som hadde funnet sted 6,5 år tidligere. I den opprinnelige studien hadde en gruppe brystkreftpasienter deltatt i en støttegruppe. Programmet for støttegruppa besto av teoretisk undervisning, fysisk aktivitet, gruppesamtaler og avslapningsteknikker. Teoridelen besto av undervisning om mestringsstrategier og fysiske og psykiske konsekvenser av kreftbehandling. Kontrollgruppa hadde standard oppfølging. For kvinnene i intervensjonsgruppen ble det funnet signifikant forbedring i fysisk, mental og total fatigue, kognitiv funksjon, kroppsbilde og syn på fremtiden relativt til kontrollgruppen. For intervensjonsgruppa var det synkende score for både angst og depresjons fra oppstart til 12 måneders oppfølging. I kontrollgruppa var det en økning i angstscore i samme tidsrom. Ved langtidsoppfølging etter 6,5 år hadde begge disse variablene steget, dog var scorene noe lavere enn ved oppstart. Bjørneklett *et al.*

(2013) spekulerer i om den sosiale støtten deltagerne følte i intervensjonsperioden ga lindring av angst og depresjon på kortere sikt, men at effekten gradvis avtok.

4.1.3 Livsstilsveiledning og stresshåndtering

I studien til Hirschey *et al.* (2017) ble det undersøkt hvilke forventninger kreftoverleverer har til effekten av fysisk aktivitet. De fant at brystkreftoverleverene ikke hadde kunnskaper om, eller var enige i at fysisk aktivitet kunne ha positive effekter på senvirkninger av kreftbehandlingen. Det var lite enighet blant deltagerne om at fysisk aktivitet kunne bidra til bedre søvn, mer energi, redusere fare for tilbakefall, bedre kognitiv funksjon eller hindre osteoporose.

Selv om noen oppga at de fikk økt energi av å trene var likevel fatigue den største hindringen for å være fysisk aktive for flere (Hirschey *et al.*, 2017).

Johns *et al.* (2015) hevder at integrerte intervensjoner, det vil si intervensjoner som kombinerer fysisk aktivitet med teknikker som adresserer psykologiske aspekter, kan ha positiv effekt på kreftrelatert fatigue. I sin pilotstudie undersøkte de om Mindfulness Based Stress Reduction, forkortet MBSR, kunne redusere fatigue hos kreftoverleverer. MBSR-programmet besto av sittende meditasjon, kroppsscanning, gående meditasjon, selvmedfølelses meditasjoner, psykoedukasjon, samt enkle yogaøvelser som var den komponenten som bidro til fysisk aktivitet. Målet med MBSR-intervensjonen var at deltagerne skulle lære seg å ha en ikke-dømmende holdning til egne følelser, samt å lære seg å håndtere stress på en sunnere og mindre reaktiv måte. Studien konkluderte med signifikant forbedring av fatigue hos deltagere som hadde deltatt i MBSR intervensjonen, med vedvarende resultat målt etter 6 måneder.

Bower *et al.* (2012) undersøkte i sin studie effekten av yoga for brystkreftoverleverer med vedvarende fatigue. I intervensjonen skulle deltagerne praktisere yogastillinger med et meditativt fokus for å fremme styrke, smidighet og avslapping. Det ble funnet signifikant forbedring i intensitet av fatigue og mestringsstro i forhold til kontrollgruppa som fikk psykoedukasjon. Samtidig viste begge gruppene forbedring i depressive symptomer og selvopplevd stress.

Også i Bjørneklett *et al.* (2013) sin studie kommer det frem at deltagerne hadde lært avslapningsøvelser og mentale mestringsstrategier for håndtering av fatigue. Oppfølgingsstudien viste signifikant forbedring i mental, fysisk og total fatigue etter 6,5 år.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Av 11 artikler som primært ble valgt ut, ble 5 forkastet. 4 av disse omhandlet pasienter i pågående behandling. Én omhandlet seneffekter, men nevnte ikke fatigue spesifikt. 6 artikler ble brukt som grunnlag for å svare på problemstillingen.

Det ble brukt forholdsvis lang tid på å søke etter gode artikler som omhandlet brystkreftoverlevende med fatigue. Det var mange studier utført på kreftpasienter med fatigue *under* behandling, men det viste seg å være få gode studier på overlevende. Noen av de utvalgte studiene har rettet seg spesifikt mot brystkreftoverlevende, mens andre inkluderer overlevende med ulike kreftdiagnoser, deriblant kvinner med brystkreft. Brystkreftoverlevende utgjør den største andelen deltagere i samtlige av de valgte studiene. Selv om flere av studiene hadde et lite utvalg deltagere, ble de tatt med i artikkelutvalget. Det ble funnet noen systematiske oversikter, men disse ble valgt bort på bakgrunn av eksklusjonskriteriene. Studier fra industrielle land ble valgt for at resultatene skulle kunne overføres til norske forhold. For å få dybdekunnskap om pasientgruppen, samt kunnskap om effekt av ulike intervensjoner artikler med både kvalitativ og kvantitativ metode tatt med.

Det er et krav om at all forskning skal være etisk forsvarlig (Slettebø, 2008). Én av artiklene hadde ikke etisk godkjenning. Den ble likevel valgt ut på bakgrunn av referansen.

Det er forsøkt å fortrinnsvis benytte primærkilder i denne oppgaven. Fordi det var forholdsvis tidkrevende å finne alle primærkilder ble noen sekundærkilder brukt.

5.2 Resultatdiskusjon

Med bakgrunn i temaene som ble identifisert i resultatartiklene ble det trukket frem tre kategorier. Problemstillingen diskuteres her opp mot disse kategoriene.

Hvordan kan sykepleier fremme mestring av fatigue hos brystkreftoverlevende?

5.2.1 Sykepleier skal ivareta behov for informasjon

Fatigue er både underrapportert av pasienter og oversett av helsepersonell (Escalante, 2019).

Pertl, Quigley og Hevey (2014) undersøkte hvilke faktorer som bidrar til dette. Funnene viste at pasientene møter lite forståelse og oppfølging fra helsepersonell. Mange pasienter hevdet at de ikke hadde fått informasjon om den potensielle bivirkningen i det hele tatt. Studien viser at det eksisterer et gap mellom pasienten opplevelse av tilstanden og hvordan omverdenen forstår den. Flere av deltagerne mente at det er umulig å forstå omfanget av tilstanden dersom man ikke har opplevd det på kroppen.

Det er viktig at fatigue identifiseres slik at man kan igangsette tiltak og behandling (Hess, Dahl og Kiserud, 2018). Det kan imidlertid være en utfordring i forhold til de pasientene som selv ikke snakker om plagene med helsepersonell. Funn fra studien til Pertl, Quigley og Hevey (2014) viser at fler pasienter med fatigue unngår å snakke om plagene til fastlegen fordi de opplever å ikke bli tatt på alvor. Dersom legen ikke finner biologiske markører for trettheten, avfeies tilstanden. Dette kan føre til at kvinnene spiller friske for omverdenen. Det kan da tenkes at behandlingsbehovet ikke fanges opp.

Det foreligger urealistiske forventninger knyttet til å være en *kreftoverlever* (Pertl, Quigley og Hevey, 2014). Både helsepersonell og pårørende har en forventning om at kreftfri betyr frisk. Mange føler at plagene med fatigue blir marginalisert av pårørende. Det forventes at kreftoverleveren skal komme tilbake til jobb, familie og den sosiale rollen de hadde før sykdommen. Dette står i kontrast til hvordan pasienten selv føler seg og dermed blir dette en tilleggsbelastning å bære. De nærmeste pårørende er ofte den viktigste hjelpen og følelsesmessige støtten når en person er syk. For å kunne ivareta denne rollen trenger pårørende informasjon, veiledning og opplæring (Grov, 2010). En viktig oppgave for sykepleiere er å informere, undervise og veilede pasienter så vel som pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Pasienters rett til informasjon er lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hensikten med pasientinformasjon er i følge Selmer (1997) å forebygge sykdom, mestre akutte/kroniske tilstander, og ivareta pasientens rettigheter. Selmer (1997) viser til Virginia Henderson som hevdet at ved å heve pasientens forståelsesnivå fremmer man helse.

Romsland, Dahl og Slettebø (2015) sier at for at pasienten skal oppleve mestring trengs kunnskap om egen situasjon for å forstå hva som skjer i egen kropp. Å være mentalt forberedt styrker mestringsevnen (Reitan, 2010).

Björneklett *et al.* (2013) fant en signifikant reduksjon i mental og fysisk fatigue i tillegg til bedre kroppsbilde og syn på fremtiden etter en intervensjon med undervisning. Deltagerne fikk undervisning om kreftrelaterte bivirkninger, samt mestringsstrategier for å håndtere dette. Også i studien til Johns *et al.* (2015) og Bower *et al.* (2012) fikk deltagerne undervisning for å styrke mestring av kreftrelaterte plager. I alle tre studiene ble det funnet forbedring i en rekke utfall som fatigue, depresjon og selvpålevd stress. Disse funnene tyder på at undervisning og informasjon fremmer mestring av symptomer.

For å oppnå en opplevelse av sammenheng må virkeligheten i følge Antonovsky være begripelig (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015). Dersom en kreftoverlever ikke er forberedt på hva som kan vente etter behandling, vil dette gå utover begripelighetskomponenten og personene kan føle tilværelsen som kaotisk og uoversiktlig. For å fremme helse og styrke pasientens opplevelse av sammenheng må sykepleier sørge for at vedkommende får tilstrekkelig informasjon og undervisning.

Informasjon og psykoedukasjon om hva fatigue er og hvordan det kan arte seg for den enkelte er i følge Reinertsen, Loge og Kiserud (2017) et viktig tiltak. Pasienten bør få informasjon om hvilke faktorer som bidrar til å forverre eller lette symptomene. På bakgrunn av en grundig anamnese kan sykepleier gi råd om aktivitetstilpasning, søvnhygiene, fysisk aktivitet, psykologiske tiltak som kognitiv terapi eller stressreducerende.

Knobf (2007) peker på viktigheten av å avdekke risikofaktorer for nedsatt psykososial fungering. Intervensjoner bør rettes mot informasjonsbehov, bedre kommunikasjon omkring plagene, samt å gi emosjonell støtte. Dette vil hjelpe overleveren til å håndtere uvisshet, kontrollere symptomer og føre til bedre sosial fungering.

5.2.2 Tilrettelegge for sosial støtte og anerkjennelse

Studier viser at kvinner som opplever sosial støtte fra familie, venner og helsepersonell har bedre mestring og tilpasning til livet etter kreft (Knobf, 2007). Likevel opplever mange at de ikke får den støtten de trenger etter at de er friskmeldt fra kreften. (Pertl, Quigley og Hevey, 2014).

Pertl, Quigley og Hevey (2014) fant i sin studie at pasienter får mye støtte fra helsepersonell og pårørende under behandling og aktiv sykdom. Når de var friskmeldte fra kreften opplevde

pasientene at denne støtten avtok. En mulig forklaring er ”sykdomshierarkiet”, at noen sykdommer har mer prestisje enn andre (Album, Johannessen og Rasmussen, 2017). Kreft er på toppen av sykdomshierarkiet. Det er en livstruende sykdom som får andre mindre alvorlige plager til å marginaliseres i forhold. Å ha overlevd kreft stiller krav til at vedkommende skal være glad for å ha fått livet i gave (Pertl, Quigley og Hevey, 2014).

Pertl, Quigley og Hevey (2014) fant at en av årsakene til at fatigue overses av helsepersonell, er at det er en ”usynlig” tilstand. Personen ser tilsynelatende frisk ut og ingen biologiske markører kan bekrefte en diagnose eller årsak. Tilstanden faller dermed utenom den medisinske modellen på sykdom. Noen oppgav at de hadde blitt fortalt av leger at det var naivt å tro at de skulle overleve noe så alvorlig uten noen bivirkninger, og at det de nå opplevde var trivielt i forhold til kreften. Funnene viser at fordi fatigue ikke legitimeres av helsepersonell, hindres pasientene i å få den hjelpen de trenger.

I studien til Hirschey *et al.* (2017) der deltagerne var med i et treningsprogram kom det frem at deltagerne var glade over å få tilbud om å være med i en studie på fatigue. De uttrykte lettelse over at symptomet ble anerkjent av fagpersoner.

Selv om det er rettet et større fokus på senskader som fatigue, kan det se ut som det er behov for en bevisstgjøring omkring problematikken blant helsepersonell.

I studien til Browning *et al.* (2017) der deltagerne var med på en yogaintervensjon ble den sosiale støtten trukket frem som et viktig element. Spesielt det å kunne dele erfaringer med andre i samme situasjon. Videre ble det sagt at anerkjennelse og det å ”bli sett” av yogainstruktøren ga motivasjon til å fortsette med treningen.

Også i studiene til Bjørneklett *et al.* (2013) og Johns *et al.* (2015) var den sosiale komponenten viktig. Det var lagt opp til erfaringsutveksling og diskusjon rundt ulike mestringsstrategier. På et åpent spørsmål etter intervensjonsstudien til Bjørneklett *et al.* (2013) skulle deltagerne svare på hva de likte best ved rehabiliteringsprogrammet. Det hyppigste svaret var at de kunne dele erfaringer med andre som var i lignende situasjon. Det kan tenkes at den sosiale støtten deltagerne opplevde var en helsefremmende faktor som bidro til redusert fatigue.

En motstandsressurs kan i følge Antonovsky (i Langeland, 2017) være sosial støtte. Ofte kan vissheten om at denne støtten er tilgjengelig være nok. Weiss (i Langeland, 2017) sier at behov som kan tilfredsstilles gjennom andre er tilknytning, bekreftelse på egenverdi, å ha noen å stole på og å ha noen å få råd og veiledning fra. Når disse behovene imøtekommes skapes tillit og trygghet. Steiglis m.fl (i Lorentsen og Grov, 2011) heder sosial støtte er en viktig faktor som kan minske opplevelsen av stress. Sykepleier bør oppmuntre til at personer kan få erfaringer som er kjennetegnet av tilhørighet og gode relasjoner.

Reitan (2010) sier at møtet med felles normer og verdier kan gi styrke. Sammen med tilhørighet kan dette bidra til å gi livet en overordnet mening. Sosial støtte, aktiviteter og samvær med andre stryker håp. Motsatt vil å ikke møte forståelse svekke håp. (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015).

Pasientens subjektive opplevelse er viktig å vektlegge, og man trenger kunnskaper om og forståelse for pasienter. Kompetanse på pasienters symptomer, opplevelser, reaksjoner og hvordan de mestrer sin situasjon er avgjørende for å kunne iverksette tiltak som fremmer helse (Reitan, 2010). Anerkjennelse, støtte og en empatisk tilnærming gir pasienten en følelse av verdighet. En viktig oppgave for sykepleier er å gi psykisk støtte til pasienten, eksempelvis gjennom uformelle samtaler (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015).

Evne til å mobilisere tilgjengelige ressurser for å finne løsninger fører i følge Antonovsky til at man opplever håndterbarhet (Langeland, 2017). Dersom sykepleier hjelper pasienten til å kartlegge arenaer der vedkommende kan oppleve sosial støtte, kan det tenkes at pasienten vil føle økt håndterbarhet. Det finnes ulike støttegrupper og nettverk der kreftoverlevende kan dele erfaringer (Kreftforeningen, 2019). Det er viktig å identifisere pasientens ønske og behov for å ta del i slike nettverk. Videre er det viktig å ha fokus på pårørende rolle som støtte. Opplæring og informasjon er nødvendig for å fremme deres evne til å være støttespillere (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015).

5.2.3 Stimulere til livsstilsendring og stressmestring

Mange brystkreftoverlevende blir inaktive etter kreft (Hirschey *et al.*, 2019; Husebø *et al.*, 2013). Flere systematiske oversikter viser sterk evidens for at fysisk aktivitet har positiv

effekt på kreftrelatert fatigue (Wirtz og Baumann, 2018). En meta-analyse utført av Juvet *et al.* (2017) viser at fysisk aktivitet er avgjørende for å fremme både fysisk og psykisk helse på lang sikt hos brystkreftoverlevende. Regelmessig fysisk aktivitet kan redusere andre kreft- og behandlingsrelaterte bivirkninger, redusert fare for tilbakefall, føre til økt livskvalitet og redusert dødelighet (Wirtz og Baumann, 2018; Juvet *et al.*, 2017).

For å finne ut hvilke kunnskaper og forventninger om treningseffekt brystkreftoverlevende har, undersøkte Hirschey *et al.* (2017) en gruppe som hadde vært med i en treningsintervensjon. Utover den generelle effekten trening har på en frisk befolkning, var det lite kunnskaper om effekt på kreftrelaterte seneffekter. Mange hadde glede av økt energi, men fåtallet var klar over at trening kan forebygge tilbakefall eller lindre kreftrelaterte seneffekter. Noen av kvinnene unngikk fysisk aktivitet fordi de var for utmattede.

En systematisk oversikt utført Maddocks, Mockett og Wilcock (2009) viste at bare halvparten av kreftoverlevende som tilbys å delta i et terapeutisk treningsprogram fullfører. Av årsakene fant de blant annet behandlingsrelaterte fysiske plager, reisevei, tidsinvestering og andre personlige og sosiale utfordringer.

Det er gjort mange studier på kreftoverlevende og ulike former for fysisk aktivitet (Wirtz og Baumann, 2018). Det finnes ikke én spesifikk intervensjon som kan anses som gullstandard. Rehabilitering av kreftoverlevende krever individuell tilpasning der man tar i betraktning pasientens egne interesser. Hovedmålet er å hjelpe pasienten til å håndtere livet etter sykdom. I dette arbeidet må sykepleier vurdere pasientens emosjonelle behov og kartlegge barrierer for sosial og aktiv deltagelse (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015).

Livsstilsendring hos kreftoverlevende krever sterk motivering og tett oppfølging (Hess, Dahl og Kiserud, 2018).

I følge Fjerstad (2010) er det avgjørende at helsepersonell ser på fatigue som et sammensatt fenomen, og at forhold som er med på å opprettholde og forsterke tilstanden avdekkes. Malterud (i Fjerstad, 2010) hevder at det er viktig å finne ut hvordan pasienten tenker om plagene sine. Ved å lytte til pasientens indre dialog kan man komme på sporet av opprettholdende faktorer. Fjerstad (2010) peker på ulike tanker som kan stjele energi.

Eksempler er liten mestringstro, overopptatthet av trettheten, bekymring, grubling, katastrofetanker eller at man sammenligner seg med den man var før sykdommen.

Yoga og mindfulness brukes i økende grad på kreftrelaterte plager (Bower *et al.*, 2012). Selv om det krever spesiell kompetanse for å undervise yoga og mindfulness vil en sykepleier kunne være en støtte og motivator for pasienten i gjennomføringen av øvelsene. Schjølberg (2017) sier at en anbefaling for pasienter med mye bekymringstanker er tiltak som støttesamtaler med sykepleier eller stressreducerende teknikker. Slike tilnærminger kan hjelpe pasienten til håndtere katastrofetanker og til å utvikle mer hensiktsmessige strategier for å stressmestring.

I studien til Johns *et al.* (2015) ble mindfulness (MBSR) benyttet som behandlingsform. MBSR består av ulike øvelser som kroppsscanning, meditasjon, samt enkle yogaøvelser. Mindfulness handler om å ha en vennlig og aksepterende innstilling til følelser, tanker og fornemmelser som dukker opp i øyeblikket. En streng og selvkritisk holdning vil være med på å opprettholde plager og dermed gjøre det vanskelig å leve med kronisk sykdom og plager (Fjerstad, 2010). Man kan i så måte tenke at mindfulness er en form for emosjonsfokusert mestring som beskrevet at Lazarus (i Fjerstad, 2010). Man vil kanskje ikke kunne bli den man var før sykdommen, altså kan man ikke "løse" problemet gjennom en problemfokusert metode, men man kan akseptere endringene med vennlig innstilling.

Funnene fra studien til Johns *et al.* (2015) viser at deltagerne både følte seg mindre utmattede, hadde mindre angst, depresjonssymptomer og søvnproblemer utover i studien, samt ved oppfølging 6 måneder i etterkant.

Yoga ble benyttet som intervensjon i studien til Bower *et al.* (2012). Yoga er fysiske øvelser som fremmer økt styrke og fleksibilitet. I tillegg har yoga et meditativt aspekt som fører til stressreduksjon og avslapping. Som i mindfulness er fokuset på tilstedeværelse i kroppen og på pusten.

Bower *et al.* (2012) fant at yoga førte til signifikant reduksjon av fatigue og andre relaterte symptomer som depresjon og selvopplevd stress. Også Browning *et al.* (2017) kom frem til lignende funn i sin studie. Her fant man reduksjon i fatigue og stress, samt økt livskvalitet.

I en systematisk oversikt utført av Husebø og Husebø (2017) ble det konkludert med at yogas positive effekt på livskvalitet, psykisk velvære og selvbilde hos brystkreftoverlevende ser ut til å være godt dokumentert. Flere av studiene viste også positiv effekt på fatigue. En mulig forklaring på hvorfor yoga har effekt på psykososiale forhold er at treningen har fokus på både kropp, psyke og åndelige aspekter (Husebø og Husebø, 2017).

I følge Amundsen og Carlsen (2012) retter bevegelse og aktivitet fokuset mot det friske i mennesket. Fysisk aktivitet kan dermed anses som en helsefremmende salutogen tilnærming i tråd med Antonovskys teori om Salutogenese; fokus på det friske i mennesket (Fjerstad, 2010).

Meningsfullhet er en sentral komponent for opplevelse av sammenheng. Meningsfullhet innebærer en motivasjonskomponent og sier noe om hvilken grad personen føler at livet har mening. Romsland, Dahl og Slettebø (2015) sier at en person som opplever meningsfullhet, vil kunne se situasjonen som en utfordring og finne mening i den.

I studien til Hirschey *et al.* (2017) oppga 35% av kvinnene at de følte at trening hjalp på psykisk velvære. Trening ga en følelse av mestring og kontroll, noe som var viktig i en situasjon der man hadde en følelse av å mangle kontroll på livet. En av deltagerne beskrev at treningen gjorde at hun så lysere på livet, og at kreftsykdommen hadde gitt livet et nytt perspektiv. Når aktiviteten oppleves meningsfull og lystbetont, økes motivasjonen (Amundsen og Carlsen, 2012). Romsland, Dahl og Slettebø (2015) hevder at endrings- og motivasjonsarbeid er en av sykepleiers viktigste oppgaver i rehabilitering. Sykepleiers rolle er blant annet å tilrettelegge for endrings- og læringsprosesser, samt å gi støtte til håp, livsmot og mening i tilværelsen.

Et eksempel på endringsarbeid kan være aktivitetstilpasning, det vil si å lære seg å finne balanse mellom aktivitet og hvile. Dagbokføring vil kunne hjelpe pasienten til å få bedre oversikt over hva som forverrer eller letter plagene (Schjølberg, 2017). En studie av Reif *et al.* (2013) viste at deltagerne hadde en signifikant reduksjon av fatigue etter å ha lært om tids- og energibruk, søvnhygiene og strategier for å håndtere følelser.

Som det står i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Pasienten kan ha behov for hjelp i arbeidet mot en ny orientering i livet etter sykdom.

Håp i denne sammenheng handler om å gjøre noe aktivt for å redusere plager, ikke om en usannsynlig tilbakevending til det som var normalt. Lohne (2010) beskriver håpets betydning i sykepleiefaget som en lindring mot håpløshet og hjelpeløshet. Et poeng er at det ikke nødvendigvis er avgjørende for pasienten om håpet er realistisk eller ikke.

Romsland, Dahl og Slettebø (2015) sier at faktorer som er sentrale for håpet er tillit, følelser, relasjoner, aktivitet, verdier og framtidorientering. Pasienten må ha tro på seg selv og egne evner. En sykepleier som evner å støtte pasienten og å fremme mestringstro kan være avgjørende for at pasientens kan tilpasse seg et liv etter sykdom.

6.0 Konklusjon

Fatigue er en kompleks og sammensatt tilstand som har stor innvirkning på livet til den det rammer, både fysisk, psykisk og sosialt. Mange beskriver fatigue som den mest belastende seneffekten etter kreftsykdom. Likevel er tilstanden underbehandlet. Det finnes per i dag ingen opplagt behandling av kreftrelatert fatigue. Målet for sykepleier vil derfor være å hjelpe pasienten med redusere de negative virkningene tilstanden har på livskvaliteten.

Det er viktig at pasienten får informasjon om at fatigue er en svært vanlig bivirkning til kreft og kreftbehandling. Mangelfull informasjon om hva tilstanden kan innebære fører til unødvendig bekymring og belastning for pasienten. Økte kunnskaper om fatigue vil kunne bidra til at pasienten er bedre forberedt på hvordan tilstanden kan arte seg og dermed være bedre rustet til å takle utfordringene tilstanden medfører.

Det viser seg at tilstanden underkommunisert. Pasienter opplever at symptomene bagatelliseres av helsepersonell og pårørende. Dette fører til at pasienter ikke får den hjelpen de trenger. Det er behov for større oppmerksomhet og økte kunnskaper blant helsepersonell om fatigue etter kreft.

Fysisk aktivitet anbefales for å redusere kreftrelaterte bivirkninger og fremme livskvalitet hos kreftpasienter og overlevende. Kvinnene kan trenge motivasjon og veiledning for å komme i gang med fysisk aktivitet. Videre ser det ut som at stresshåndtering og hjelp til å endre uhensiktsmessige tankemønstre bidrar til å fremme mestring av tilstanden.

Integrerte intervensjoner som kombinerer fysisk aktivitet med teknikker som adresserer psykologiske aspekter ser ut til å ha effekt på fatigue. Sykepleier kan veilede og motivere pasienten til å delta i slike treningsopplegg. Eventuelt kan enkle teknikker undervises av sykepleier.

Det er viktig at sykepleier ser på fatigue som det sammensatte fenomenet det er, og at fysiske, psykiske og sosiale behov ivaretas. Skjønn og individuell tilpasning er sentralt i møte med pasientgruppen.

Det bør forskes videre på årsak og sykdomsmekanismer, i tillegg til hvilke tiltak som er virksomme i behandling av tilstanden.

7.0 Litteraturliste

- Album, D., Johannessen, L. E. F. og Rasmussen, E. B. (2017) Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century, *Social Science & Medicine*, 180, s. 45-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.020>.
- Amundsen, I. V. og Carlsen, B. (2012) Lindring av uro i palliativ fase av kreftsykdom, *Tidsskriftet Fysioterapeuten*, (9). Tilgjengelig fra: <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Lindring-av-uro-i-palliativ-fase-av-kreftsykdom>.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*. Open University Press.
- Bjørneklett, H. G. *et al.* (2013) Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer, *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), s. 346-353. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.005>.
- Bower, J. E. *et al.* (2000) Fatigue in Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates, and Impact on Quality of Life, 18(4), s. 743-743. doi: 10.1200/jco.2000.18.4.743.
- Bower, J. E. *et al.* (2012) Yoga for persistent fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled trial, *Cancer*, 118(15), s. 3766-3775. doi: 10.1002/cncr.26702.
- Bower, J. E. (2014) Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments, *Nature reviews. Clinical oncology*, 11(10), s. 597-609. doi: 10.1038/nrclinonc.2014.127.
- Browning, K. K. *et al.* (2017) Feasibility of Mind-Body Movement Programs for Cancer Survivors, *Oncol Nurs Forum*, 44(4), s. 446-456. doi: 10.1188/17.Onf.446-456.
- Brystkreftforeningen (2019) *Behandling av brystkreft*. Tilgjengelig fra: <https://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/behandling-behandlingsmuligheter> (Hentet: 4. mars 2019).
- DBH (2019) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=Journal+of+Psychosomatic+Research&checkbox_bibsys=true&tv=true (Hentet: 25 mars 2019).
- Escalante, C. P. (2019) *Cancer-related fatigue: Treatment*. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-related-fatigue-treatment> (Hentet: 24. april 2019).
- Fjerstad, E. (2010) *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. 1. utg. Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K. (2010) Om å være pårørende, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe, s. 267-280.
- Gudbergsson, S. B. (2017) Rehabilitering og kreft, i Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf (Hentet: 1. mar 2019).
- Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 01 april 2019).
- Helsedirektoratet (2016a) *Pakkeforløp for brystkreft*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-brystkreft> (Hentet: 1.mar 2019).
- Helsedirektoratet (2016b) *Pakkeforløp på kreftområdet*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-generell-informasjon->

- [for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/seksjon?Tittel=pakkeforlop-pa-kreftomradet-1375](#)
(Hentet: 1.mar 2019).
- Helsedirektoratet (2017) *Seneffekter etter kreftbehandling. Faglige råd*. Tilgjengelig fra: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter etter kreftbehandling-IS-2551.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf) (Hentet: 1.mar 2019).
- Helsedirektoratet (2018) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Tilgjengelig fra: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1494/IS-2760 brystkreft handlingsprogram.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1494/IS-2760%20brystkreft%20handlingsprogram.pdf) (Hentet: 1. mar 2019).
- Hess, S. L., Dahl, A. A. og Kiserud, C. E. (2018) Seneffekter etter kreftbehandling, *Sykepleien*, (8). doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.72626.
- Hirschev, R. *et al.* (2017) Exploration of Exercise Outcome Expectations Among Breast Cancer Survivors, *Cancer Nurs*, 40(2), s. E39-e46. doi: 10.1097/ncc.0000000000000362.
- Hirschev, R. *et al.* (2019) What Do Breast Cancer Survivors Expect From Exercise?, *Cancer Nurs*, 42(1), s. E15-E19. doi: 10.1097/ncc.0000000000000631.
- Holter, I. M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 107-117.
- Husebø, A. M. L. *et al.* (2013) Predicting exercise adherence in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis of motivational and behavioural factors, *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), s. 4-21. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04322.x.
- Husebø, A. M. L. og Husebø, T. L. (2017) Quality of Life and Breast Cancer: How Can Mind-Body Exercise Therapies Help? An Overview Study, *Sports (Basel, Switzerland)*, 5(4), s. 79. doi: 10.3390/sports5040079.
- Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johns, S. A. *et al.* (2015) Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors, *Psychooncology*, 24(8), s. 885-893. doi: 10.1002/pon.3648.
- Juvet, L. K. *et al.* (2017) The effect of exercise on fatigue and physical functioning in breast cancer patients during and after treatment and at 6 months follow-up: A meta-analysis, *The Breast*, 33, s. 166-177. doi: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.04.003>.
- Knobf, M. T. (2007) Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors, *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), s. 71-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2006.11.009>.
- Kreftforeningen (2019) *Kurs, grupper og arrangementer*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/arrangementer/> (Hentet: 5.mai 2019).
- Kreftregisteret (2018) *Brystkreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/> (Hentet: 1. mar 2019).
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (Hentet: 10.mar 2019).
- Langeland, E. (2017) Salutogenese og tilhørighet, i Tellnes, T. (red.) *Helsefremmende samhandling. Natur og kultur som folkehelse*. Oslo: Fagbokforlaget, s. 38-45.
- Lohne, V. (2010) Håp og håpløshet, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Lorentsen, V. B. og Grov, E. K. (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i Almås, H., Stubberud, D. G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 401-433.

- Maddocks, M., Mockett, S. og Wilcock, A. (2009) Is exercise an acceptable and practical therapy for people with or cured of cancer? A systematic review, *Cancer Treatment Reviews*, 35(4), s. 383-390. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2008.11.008>.
- Myhre, L. (2012) *Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft Kartlegging og anbefalinger* (IS-1976). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/251/Rehabiliteringstilbud-et-til-pasienter-med-kreft-kartlegging-og-anbefalinger-IS-1976.pdf> (Hentet: 10.mar).
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 7.mar 2019).
- Nortvedt, M. W. et al. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. 2. utg. utg. Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 09.mar 2019).
- Pertl, M. M., Quigley, J. og Hevey, D. (2014) 'I'm not complaining because I'm alive': Barriers to the emergence of a discourse of cancer-related fatigue, *Psychology & Health*, 29(2), s. 141-161. doi: 10.1080/08870446.2013.839792.
- Reif, K. et al. (2013) A patient education program is effective in reducing cancer-related fatigue: a multi-centre randomised two-group waiting-list controlled intervention trial, *Eur J Oncol Nurs*, 17(2), s. 204-213. doi: 10.1016/j.ejon.2012.07.002.
- Reinertsen, K. V., Loge, J. H. og Kiserud, C. E. (2017) Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 17.0040(21). Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2017/10/klinisk-oversikt/kronisk-tretthet-hos-voksne-kreftoverlevende>.
- Reitan, A. M. (2010) Mestring, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale Begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS
- Rolland, Ø. (2017) *Mer kunnskap om livet etter kreft*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forskning/forskningsprosjekter-vi-stotter/mer-kunnskap-om-livet-etter-kreft/> (Hentet: 9.mar 2019).
- Romsland, G. I., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2015) *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schjølberg, T. K. (2017) Fatigue, i Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient - Utfordring - Handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 153-165.
- Selmer, Å. W. (1997) Pasientinformasjon — undervisning En utfordring for sykepleierne, *Vord i Norden*, 17(1), s. 11-17. doi: 10.1177/205715859701700103.
- Slettebø, Å. (2008) Forskningsetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-221.
- Thidemann, I. J. (2015) *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. . oslo: Universitetsforlaget.
- Utne, I. (2017) Håp i et kreftforløp, i Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. Cappelen Damm Akademisk.
- Wirtz, P. og Baumann, F. T. (2018) Physical Activity, Exercise and Breast Cancer - What Is the Evidence for Rehabilitation, Aftercare, and Survival A Review, *Breast Care*, 13(2), s. 92-100. doi: 10.1159/000488717.
- Wist, E. (2010) Brystkreft, i Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient - Utfordring - Handling*. Oslo: Akribe, s. 431-438.