



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813 - Sykepleie VI - del 2

Kreftfri, men bare halve jobben er gjort.

Cancerfree, but only half of the job is done.

Kandidatnr. 4497 og 4464

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Antall ord: 8 295

Hovedveileder: Rigmor Hammer

Biveileder: Gunn Bringsli

Innlevert Ålesund, 22.05.16

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veiledere: Rigmor Hammer og Gunn Brinsli

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 05.01.16

Sammendrag (Abstract)

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke og avdekke sentrale erfaringer hos kreftoverlevende fra 19 år og oppover, med tanke på kreftsykdommen, behandlingen og tiden etter endt behandling.

Metode: Et systematisk litteratursøk ble gjennomført for å finne 8 artikler som var peer-reviewed, publisert i europeiske tidsskrift fra 2010-2016, og som omhandlet kreftoverleveres erfaringer angående diagnose, behandling og hvordan en opplevde å returnere til hverdagen etter at en er erklært kreftfri. Datamaterialet som ble funnet ble analysert, og avdekte 3 hovedtemaer; psykiske endringer, sosiale konsekvenser, og endringer relatert til kropp og seksualitet.

Resultater: Å overleve kreft påvirker individet psykisk, sosialt og fysisk, i både positiv og negativ retning. Kreftoverlevende rapporterer angst for tilbakefall, men også personlig vekst. De snakker også om utfordringer som fysiske senvirkninger, endret kroppsbilde og seksuelle problemer. God støtte fra familie og venner ble påpekt som essensielt, samtidig som de opplevde en mangel på forståelse fra det sosiale nettverket. Kreftoverleverne påpekte at støtte fra andre kreftoverlevende gjennom støtteordninger bidro til at situasjonen føltes mer håndterbar.

Konklusjoner: Kreftoverlevende har behov for informasjon om ulike senvirkninger som sykdommen og behandlingen kan medføre, for å mestre hverdagen bedre. I tillegg er det generelt behov for økt helseopplysning om plagene denne pasientgruppen kan oppleve, slik at kreftoverleverne kan oppleve større forståelse fra det sosiale nettverket og samfunnet generelt.

Aim: The aim of this study was to investigate and reveal key findings in cancer survivor's experiences with cancer, cancer treatment and their life afterwards, among survivors in the age 19 years and older.

Method: A literature review was conducted to identify 8 peer-reviewed research articles published in European journals between 2010-2016. The articles thematised experiences regarding diagnosis, treatment and returning to everyday life after being declared cancer free. The found data was then analysed, and uncovered three main themes; mental changes, social impacts, and changes related to the body and sexuality.

Results: Surviving cancer affects the individual psychologically, socially and physically, in both positive and negative ways. Cancer survivors report fear of recurrence, but also

personal growth. They also report having physical late effects, altered body image and sexual problems. Support from family and friends was pointed out as essential. However, they experienced a lack of understanding from the social network. They pointed out that support from other cancer survivors through support groups, made the situation more manageable.

Conclusions: Cancer survivors need information about the different late effects the disease and treatment can cause, to help them cope with the daily challenges. Also, there is a need for increased knowledge in the population in general, about the health problems this patient group may experience.

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Spesielle fokus	2
1.2 Oppgavens videre oppbygning.....	2
2 Teoribakgrunn	3
2.1 Den traumatiske krisen.....	3
2.2 Livskvalitet.....	3
2.3 Mestring	3
3 Metodebeskrivelse	5
3.1 Søkestrategi	5
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
3.1.2 Kvalitetsvurdering.....	7
3.1.3 Etisk vurdering	7
3.2 CinahlComplete	8
3.3 Medline	8
3.4 Oria.....	9
3.5 Analyse.....	9
4 Resultat	11
4.1 Psykiske endringer	11
4.1.1 Depresjon og angst for tilbakefall	12
4.2 Sosiale konsekvenser	12
4.3 Endringer relatert til kropp og seksualitet	15
5 Diskusjon	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.2 Psykiske endringer	18
5.2.1 Depresjon og angst for tilbakefall	19
5.3 Sosiale konsekvenser	20
5.4 Endringer relatert til kropp og seksualitet	23
5.5 Konklusjon	25
6 Referanseliste	27

Oppgaven har 9 vedlegg

1 Innledning

Betegnelsen 'kreftoverlevende' brukes om de som lever med sin kreftsykdom, eller har hatt en kreftdiagnose og er blitt friske (Kreftregisteret, u.å., a). Selv om det i dag er flere og flere som får kreft, er det stadig flere som blir helt friske, og de som har en kreftsykdom lever lenger. Årsaken til dette er en kombinasjon av forebygging, tidligere diagnostisering, og flere, bedre og mer tilpassede behandlingsmåter. I utgangen av 2014 var det i Norge 242 398 kreftoverlevende, noe som tilsvarer en økning med nesten 77 000 kreftoverlevende siden 2004 (Kreftregisteret, u.å., b).

At antallet kreftoverlevende øker, fører til at det er flere som får senvirkninger av kreftbehandlingen, og at antallet som blir helt eller delvis uføre etter kreftsykdommen øker (Kreftregisteret, u.å., b). Det vil derfor være aktuelt å få økt kunnskap om denne pasientgruppen, siden en som sykepleier vil kunne møte dem i situasjoner som ikke er relatert til selve kreftsykdommen, men hvor en likevel kan ha behov for kunnskap om hvordan kreftsykdommen påvirker den helsehjelpen som skal gis. Det vil også være aktuelt å få økt kunnskapsnivå hos befolkningen generelt om denne pasientgruppen og deres utfordringer, som for eksempel hvordan en skal kunne tilpasse arbeidssituasjonen, slik at flest mulig får mulighet til å være yrkesaktive til tross for senvirkninger av kreftsykdommen og behandlingen.

Vi vet fra før av at når et menneske rammes av kreft, påvirker dette mennesket både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt. I tillegg vil det for mange være utfordrende å vende tilbake til hverdagen, og en kan oppleve uventede bivirkninger og mangle informasjon og støtte fra behandlingsapparatet etter at behandlingen er avsluttet (Lorentsen og Grov, 2010). Hensikten med oppgaven vår, vil være å undersøke hvilke erfaringer kreftoverlevende har, relatert til både sykdommen, behandlingen, og tiden etter fullført behandling. Dette for å få økt kunnskap om denne pasientgruppen, og hvordan en som sykepleier kan møte dem og hjelpe dem. Ut fra dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har kreftoverlevende med sykdommen og tiden etter fullført behandling?

1.1 Spesielle fokus

Først og fremst vil vi ha fokus på de kreftoverleverne som har hatt en kreftdiagnose og er blitt friske. Videre ønsker vi å undersøke kreftoverleverne i aldersgruppen 19 år og oppover, for å kunne se på likheter og eventuelle forskjeller i erfaringene til yngre og eldre kreftoverleverne. Vi vil også se på eventuelle mangler i oppfølgingen av denne pasientgruppen, og hvordan sykepleier kan forberede dem på hverdagen etter at kreftbehandlingen er fullført.

1.2 Oppgavens videre oppbygning

Først vil vi presentere aktuelle teorier som kan være med på å belyse problemstillingen. Deretter vil vi gå nøye gjennom hvordan vi har funnet frem til nyere forskning om temaet i metodebeskrivelsen. Etter dette presenteres resultatene fra analysen av de aktuelle forskningsartiklene. Til slutt vil vi diskutere funnene fra analysen og knytte dette opp mot relevant litteratur og det som blir presentert i teorigrunnlaget, og ut fra dette komme med en konklusjon.

2 Teoribakgrunn

2.1 Den traumatiske krisen

En traumatisk krise kan beskrives som menneskets psykiske situasjon ved en ytre hendelse som er av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet, trygghet og/eller grunnleggende livsmuligheter blir truet. En slik krise kan forstås ut fra sjokket som er årsaken til krisen, og den personlige erfaring som den enkelte opplever (Cullberg, 2010). Cullberg (2010) deler inn forløpet til den traumatiske krisen i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Fasene vil ikke nødvendigvis være klart skilt fra hverandre, som for eksempel at én av fasene kan mangle fullstendig eller være innvevd i en av de andre fasene. Fasene kan altså ikke betraktes som en fast modell, men er et hjelpemiddel for å kunne orientere seg om krisens forløp (Cullberg, 2010).

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet er en viktig målsetting innen sykepleie, og kan defineres på ulike måter. Ifølge Rustøen (2010) vil Carol E. Ferrans' definisjon være mest hensiktsmessig. Hun definerer livskvalitet som «en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktige for en» (Rustøen, 2010, s. 33). Videre er hennes definisjon delt inn i fire ulike områder; område for helse og fysisk funksjon, psykisk/åndelig område, sosioøkonomisk område og familieområde (Rustøen, 2010).

2.3 Mestring

Mestring handler om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner gjennom bruk av mestringsstrategier i forsøk på å finne mening med livet og å beherske, tolerere og redusere belastningene en møter (Reitan, 2010a). Antonovsky presenterer 'opplevelse av sammenheng' (sense of coherence) som avgjørende for at en person skal kunne reagere konstruktivt på en belastende situasjon (Kristoffersen, 2011). Antonovsky påpeker da tre faktorer som er avgjørende for å styrke opplevelsen av sammenheng; situasjonen må være forståelig, meningsfull, og håndterlig. Pasienten trenger en kognitiv forståelse, og å vite hva som skjer for å kunne ha oversikt over situasjonen. I tillegg må pasienten oppleve at

det er mening i den situasjonen han/hun befinner seg i, og oppleve at en har innflytelse på og mulighet til å påvirke situasjonen (Kristoffersen, 2011).

3 Metodebeskrivelse

For å svare på problemstillingen har vi gjennomført en systematisk litteraturstudie. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er en forutsetning for å kunne gjøre systematiske litteraturstudier, at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan danne et grunnlag for vurderinger og konklusjoner. En systematisk litteraturstudie har spesielt fokus på litteratursøk, kritisk vurdering og analyse av resultat, og fører til en syntese av data fra tidligere gjennomførte studier (Forsberg og Wengström, 2013).

3.1 Søkestrategi

Vi begynte søkeprosessen med å lage en avgrenset problemstilling, for deretter å formulere aktuelle søkeord på bakgrunn av denne. Problemstillingen har blitt endret underveis, men søkeordene har vært like aktuelle og har derfor ikke blitt endret. Vi valgte å bruke et PICO-skjema for å få en god oversikt over de aktuelle søkeordene. Ifølge Bjørk og Solhaug (2008) bidrar et PICO-skjema til å gjøre litteratursøket så bredt som mulig. PICO er en forkortelse for pasient/populasjon/problem, intervensjon/tiltak, kontrollgruppe og resultater/outcome. C-kolonnen er bare aktuell dersom en ønsker å måle forskjeller i resultater mellom ulike grupper (Bjørk og Solhaug, 2008; Forsberg og Wengström, 2013). Vi har ikke tatt i bruk denne, på grunn av at det ikke var relevant for vår problemstilling.

Vi begynte med å skrive ned søkeord som vi mente var relevante for problemstillingen, før vi prøvde ut de ulike søkeordene i databasene vi ville bruke i litteratursøket. I denne prosessen fant vi også nye søkeord som vi listet opp i PICO-skjemaet. Søkeordene ble tilpasset de ulike databasenes formuleringer, slik at vi kunne bruke de samme søkeordene ved søk i de ulike databasene. Databasene som først ble brukt var CinahlComplete og Medline, siden de ifølge Forsberg og Wengström (2013) er to ofte anvendte databaser innen sykepleieforskning. Vi tok også i bruk PubMed og Oria. I PubMed fant vi ingen relevante artikler, med unntak av de artiklene som vi allerede hadde funnet i andre databaser. Derfor vil vi ikke beskrive søkene som ble gjennomført i PubMed noe nærmere. Det første søket ble gjennomført uten søkeordene som er listet opp i O-kolonnen. Disse ble lagt til på grunn av at vi satt igjen med alt for mange treff ved bare å bruke søkeordene fra P- og I-kolonnen. Dette bidro til at vi klarte å begrense søkene ytterligere.

P	I	C	O
Cancer survivors	Experiences		Coping
Cancer survivorship	Patient experiences		Mental health
Cancer survivor	Patient experience		Psychological
Survivors of cancer	Patients experiences		
Long-term survivors	Postcancer experiences		
Long-term cancer survivors			

Tabell 3.1 PICO-skjema

Søkeordene som ble listet opp i PICO-skjemaet ble kombinert ved bruk av operatorene AND og OR. OR utvider søket, mens AND begrenser søket. Når man bruker PICO-skjema skal OR brukes for å inkludere alle søkeordene innenfor hver kolonne, for deretter å sette sammen disse ordgruppene med AND (Bjørk og Solhaug, 2008; Forsberg og Wengström, 2013). En detaljert oversikt over søkehistorikken finnes i Vedlegg 1.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

På bakgrunn av at problemstillingen spør etter pasientperspektivet, valgte vi å ha fokus på å finne kvalitative studier. Dette fordi kvalitative studier fokuserer på å forklare og forstå fenomener, erfaringer og opplevelser (Forsberg og Wengström, 2013). Siden vi ønsket å ha fokus på pasienter som har hatt en kreftsykdom, ble studier som omhandlet pasienter som lever med en kreftsykdom, utelukket. I tillegg har vi fokusert på en bred aldersgruppe, voksne fra 19 år og oppover. Dette for å kunne undersøke likheter og eventuelle forskjeller i erfaringene til yngre og eldre kreftoverlevende. For å finne så ny forskning som mulig, begrenset vi søket til studier publisert mellom 2010-2016. Vi ønsket kun å inkludere artikler publisert i skandinaviske eller europeiske tidsskrift, for at funnene skal ha størst mulig overføringsverdi. Et siste inklusjonskriterium var at artiklene skulle ha IMRaD-struktur.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert fra 2010-2016 Artikler med IMRaD-struktur Artikler publisert i skandinaviske/ europeiske tidsskrift Kreftoverlevende fra 19 år og oppover	Kvantitative artikler

Tabell 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.1.2 Kvalitetsvurdering

Forskjellen på fagartikler og vitenskapelige artikler, er at vitenskapelige artikler er refereedømte. At en artikkel er refereedømt betyr at artikkelen er gjennomgått og vurdert av en ekspert innenfor emnet før publisering. Refereedømming gir en indikasjon på at forskningsartikkelen holder en viss standard (Bjørk og Solhaug, 2008). På bakgrunn av dette undersøkte vi om de artiklene vi fant relevante var refereedømt, før vi inkluderte dem i litteraturstudien vår. For å vurdere kvaliteten på de artiklene vi fant, brukte vi «Checklista för kvalitativa artiklar» (Forsberg og Wengström, 2013, s. 206-210). Sjekklisten stiller spørsmål til studiens hensikt, undersøkelsesgruppen, metode for datainnsamling, analyse og evaluering.

3.1.3 Etisk vurdering

Ved systematiske litteraturstudier vil en viktig etisk vurdering være at man velger studier som har blitt godkjent av en etisk komité (Forsberg og Wengström, 2013). Alle artiklene som vi satt igjen med etter litteratursøket, var godkjent av ulike etiske komiteer. I tillegg inneholdt de en beskrivelse av de etiske hensynene som ble tatt i forhold til deltakerne. Deltakerne hadde blant annet fått informasjon om at det ville være en anonymisering av det som ble sagt ved intervjuene som skulle gjennomføres. De skrev også under på en samtykkeerklæring, og fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra studien når som helst, uten å måtte oppgi noen årsak til dette. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er det også viktig at alle artikler som er aktuelle for temaet, inkluderes uavhengig av om de støtter forventet resultat i forhold til problemstillingen. Som et eksempel på dette, fokuserte problemstillingen vår først bare på erfaringer i forhold til psykisk helse. Etter flere søk, fant vi flere artikler som var relevante, men som også belyste flere aspekter ved

kreftoverlevelse. Disse ble inkludert selv om funnene viste til flere aspekter enn det vi først ønsket å undersøke.

3.2 CinahlComplete

Det første søket ble gjort før vi hadde fylt ut søkeordene som er oppført i O-kolonnen i PICO-skjemaet, og vi brukte derfor kun søkeordene som er listet opp i P- og I-kolonnen. Vi kombinerte søkeordene ved bruk av operatorene OR og AND, og fikk totalt 1 283 treff. Deretter begrenset vi søket til artikler publisert fra 2010-2016 og fikk 674 treff. Etter dette tok vi i bruk begrensningene «Peer Reviewed», «Research Article», «All adult» og «Europe». Vi satt da igjen med 135 treff, noe som vi synes var et stort antall i forhold til å begynne å se gjennom treffene, men samtidig følte vi at vi ikke kunne begrense søket ytterligere uten å utelukke mulige relevante artikler, og så derfor gjennom treffene. Vi leste til sammen 51 abstracter, hvor 8 av artiklene virket relevante. Vi fant disse i full tekst for å se nærmere på innholdet i dem, og utelukket deretter 4 av artiklene siden de ikke oppfylte alle inklusjonskriteriene. Etter dette søket ble søkeordene «Coping», «Mental Health» og «Psychological» listet opp i PICO-skjemaet.

Etter dette ønsket vi å gjennomføre et tilsvarende nytt søk, hvor vi inkluderte de nye søkeordene, for å se om vi kunne finne de samme artiklene som ved det første søket. Da vi kombinerte alle søkeordene og tok i bruk de samme begrensningene som ved det første søket, satt vi igjen med 70 treff. Deretter begynte vi å se gjennom treffene vi hadde fått, og fant 3 av artiklene som vi fant i det første søket. Selv om den ene artikkelen vi fant i det første søket falt bort ved å legge til de ekstra søkeordene, ønsket vi likevel å inkludere denne på grunn av at den oppfylte de andre inklusjonskriteriene, og innholdet var relevant for problemstillingen. De fire artiklene vi da satt igjen med kan ses nærmere på i Vedlegg 2, 3, 4 og 9.

3.3 Medline

I Medline gikk vi frem på samme måte som ved søket i CinahlComplete, men vi tok i bruk andre begrensninger, siden disse databasene ikke har de samme begrensningmulighetene. Ved å kombinere alle søkeordene i PICO-skjemaet fikk vi totalt 242 treff. Vi begrenset deretter søket ved å søke etter artikler publisert fra 2010-2016, og ved å ta i bruk

begrensningene «English», «Norwegian», «Humans», «Male and/or female», og «All adult». Etter dette hadde vi totalt 57 treff, og begynte derfor å se gjennom de treffene vi hadde fått. Vi leste totalt 15 abstracter, og fant 4 av artiklene relevant for vår problemstilling. Vi fant disse i full tekst og så nærmere på innholdet. Etter dette ble den ene artikkelen ekskludert, siden vi fant at den ikke oppfylte alle inklusjonskriteriene. De 3 artiklene vi inkluderte kan ses nærmere på i Vedlegg 5, 6 og 8.

3.4 Oria

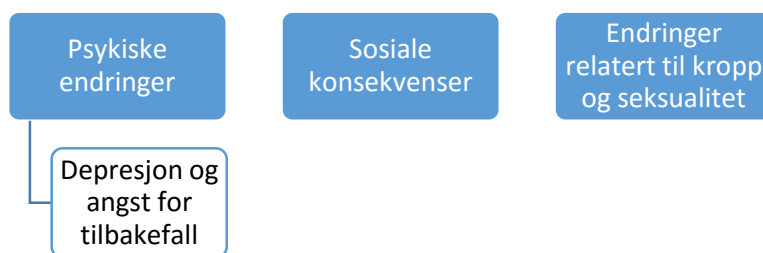
Etter søkene i CinahlComplete og Medline hadde vi totalt 7 artikler som var relevant for vår problemstilling. Da bestemte vi oss for å gjennomføre et søk i databasen Oria, for å se om vi kunne finne flere relevante artikler her. Først kombinerte vi søkeordene fra P- og I-kolonnen i PICO-skjemaet, og begrenset søket til artikler publisert fra 2010-2016 og tok i bruk begrensningene «Språk: Engelsk» og «Artikler». Da fikk vi totalt 2 125 treff. Etter dette la vi til søkeordene fra O-kolonnen, noe som begrenset søket til 657 treff. Deretter la vi til begrensningene «Fra fagfelleverderte tidsskrift» og «Oversiktsartikler/Omtaler». Dette begrenset søket til 35 treff. Vi tok i bruk begrensningen «Oversiktsartikler/Omtaler», for å kunne inkludere et større utvalg, siden de artiklene vi allerede hadde inkludert var originalstudier. Vi så deretter over treffene vi hadde fått, og leste 10 abstracter. 2 av artiklene virket relevante, og vi fant disse i full tekst for å se nærmere på innholdet. Da utelukket vi den ene artikkelen, siden den ikke inneholdt alle de inklusjonskriteriene som vi hadde. Den artikkelen som ble inkludert kan ses nærmere på i Vedlegg 7.

3.5 Analyse

Analysearbeid innebærer at man først deler opp noe i mindre deler (analyse), for deretter å sette det sammen igjen på en ny måte og til en helhet (syntese). Analyse vil i vitenskapelig sammenheng innebære å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og se på dem hver for seg (Forsberg og Wengström, 2013). For å analysere de 8 artiklene som vi fant ved det systematiske litteratursøket, gjennomførte vi en innholdsanalyse slik det beskrives av Forsberg og Wengström (2013). De beskriver innholdsanalyse som en prosess i form av 5 ulike steg. Først leste vi gjennom de 8 artiklene flere ganger – steg 1. Deretter så vi gjennom artiklene én gang til samtidig som vi skrev ned emnekoder for å beskrive innholdet i de ulike artiklene, som blant annet kroppslige endringer, seksualitet,

emosjonelle problemer, helsebekymringer, endret syn på livet, endrede relasjoner, angst for tilbakefall, usikkerhet, og støtte fra sosialt nettverk – steg 2.

Vi satt da igjen med flere ulike emner som vi satte sammen til 5 hovedkategorier; depresjon og angst, mestring og personlig vekst, sosialt, fysiske endringer, og livssituasjon. Etter at vi hadde bestemt oss for hovedkategorier, gikk vi gjennom artiklene på nytt og brukte fargekoder for å skille de ulike hovedkategoriene. Deretter laget vi én analysetabell for hver enkelt artikkel, slik at vi fikk en oversikt over funnene separat, før vi sammenfattet disse inn i én enkelt tabell – steg 3. Etter at vi hadde definert de 5 hovedkategoriene så vi gjennom funnene i hver av hovedkategoriene, for å se etter om vi kunne sammenfatte disse til ulike temaer. Etter nøye gjennomgang kom vi frem til 3 hovedtemaer; psykiske endringer, sosiale konsekvenser, og endringer relatert til kropp og seksualitet – steg 4. I tillegg har hovedtemaet ‘psykiske endringer’, et undertema; depresjon og angst for tilbakefall. Steg 5 innebærer å diskutere og tolke funnene (Forsberg og Wengström, 2013), noe som vi tar for oss i kapittel 5.



Figur 3.1 Oversikt over hovedtemaer og undertema

4 Resultat

Analysen avdekte 3 hovedtemaer: psykiske endringer, sosiale konsekvenser, og endringer relatert til kropp og seksualitet.

4.1 *Psykiske endringer*

Kreftoverleverne opplevde et økt behov for kontroll eller en bevissthet om mangel på kontroll etter å ha gjennomgått kreftsykdommen (Connerty og Knott, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014; Appleton et al., 2013). For å gjenvinne kontroll og tilpasse seg endringene, søkte enkelte opp kunnskap om senvirkninger og risikofaktorer, eller tilpasset seg de fysiske endringene som følge av kreftsykdommen: «I learnt how to control my life again» (Connerty og Knott, 2013, s. 340).

Hvordan kreftoverleverne mestret livet etter kreften kommer frem i flere av studiene. Flere oppga at å fokusere på viktige ting i livet, fremtiden og å komme tilbake til hverdagen hjalp dem med å mestre den nye livssituasjonen og å glemme kreftopplevelsen en stund (Roland et al., 2013; Lehmann et al., 2014; Sekse et al., 2012; Appleton et al., 2013). Noen laget planer for dagen, eller for hvordan de sakte men sikkert skulle klare å komme tilbake til aktiviteter de hadde gjort før de ble kreftsyke (Appleton et al., 2013; Connerty og Knott, 2013; Sekse et al., 2012).

Personlig vekst var et gjengående tema i alle artiklene. Samtidig som personlig vekst fant sted, følte flere på en spenning mellom dette og angst for tilbakefall. Personlig vekst ble knyttet til å få noe positivt ut av kreftopplevelsen, og å føle seg sterkere psykisk, mer moden, mer selvsikker, mer drevet, mindre overflattisk, mer optimistisk, mer selvbevisst, et mer positivt syn på livet og seg selv, og å klare å sette ting mer i perspektiv (Appleton et al., 2013; Connerty og Knott, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013; Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2012): «Breast cancer made me a more positive person; a better person and it gave me a much greater appreciation of life» (Connerty og Knott, 2013, s. 339).

4.1.1 Depresjon og angst for tilbakefall

Kreftoverleverne rapporterte psykiske problemer og plager som depresjon, angst, mareritt, søvnvansker, problemer med konsentrasjon og hukommelse, posttraumatisk stress, angst for tilbakefall, følelse av ensomhet, anger, sorg, negative tanker og følelser om seg selv, og følelse av ubrukelighet. Angst for tilbakefall ble rapportert i svært stor grad.

Kreftoverleverne uttrykte at de aldri var helt sikker på om kreften var borte, noe som krevde mye energi og var en stor psykisk påkjenning (Connerty og Knott, 2013; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014; Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013; Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2012).

Dersom noen som kreftoverleverne kjente ble diagnostisert med kreft, eller opplevde kroppslige forandringer, kunne det føre til angst for tilbakefall eller dødsangst (Lehmann et al., 2014; Sekse et al., 2012; Sekse et al., 2010). Et funn i studien til Hauken, Larsen og Holsen (2013) var at tiden før polikliniske kontroller var spesielt preget av stress, grunnet angst for tilbakefall. Høy forekomst av fysiske symptomer så også ut til å øke dødsangsten, og kreftoverleverne lette stadig etter symptomer og tegn på egen kropp som kunne bety ny kreft eller tilbakefall. I tillegg kom det frem at problemene både var relatert til at de ikke hadde bearbeidet erfaringene med kreftbehandlingen, og konsekvensene av behandlingen. Angst, håpløshet, usikkerhet og depresjon hadde stor innvirkning på kreftoverlevernes livskvalitet (Hauken, Larsen og Holsen, 2013).

4.2 Sosiale konsekvenser

Flere hadde positive erfaringer i forhold til å hjelpe andre, som for eksempel å delta i støtteordninger som frivillig eller å få andre til å sjekke seg for kreft gjennom kampanjer. De anså dette som meningsfulle aktiviteter som gav tilfredshet og en følelse av å kunne gjøre en forskjell (Appleton et al., 2013; Connerty og Knott, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014; Roland et al., 2013): «If I can do anything to put something back into the system to make it easier for others, I will do» (Appleton et al., 2013, s. 614). Flere følte at de hadde fått en dypere forståelse for andre, med mer medfølelse og empati (Lehmann et al., 2014; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014; Sekse et al., 2012): «I do feel I am more empathic, I do feel as if I understand other people who have been ill better than I did before, more sympathetic about that, and more sympathetic about people not being able to do things» (Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014, s. 562).

Mange av kreftoverleverne opplevde det som nyttig å få støtte fra andre kreftoverleverer gjennom støttegrupper. Dette fordi andre kreftoverleverer virket å ha en større forståelse for de fysiske og psykiske utfordringene en møter (Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Appleton et al., 2013): «... yes, it's quite a difference talking to her than to... anyone who tries to understand like my partner, because she really understands. I find this a huge difference» (Hauken, Larsen og Holsen, 2013, s. 23). I studien til Roland et al. (2013), ble det å gi støtte til andre og selv delta i støtteordninger, ansett som gode mestringsstrategier. Å få støtte fra andre med samme kreftdiagnose, behandling og lignende erfaringer med å være kreftoverlever, var av betydning (Roland et al., 2013). Studien til Hauken, Larsen og Holsen (2013) fant at unge kreftoverleverer ønsket hovedsakelig å motta støtte fra andre unge kreftoverleverer, da de hadde problemer med eksempelvis fertilitet, fysisk aktivitet, jobb og studier, noe som kunne være ulikt fra hva de eldre kreftoverleverne opplevde som problematisk.

God støtte fra familie, venner, kollegaer og andre bekjente, hjalp kreftoverleverne blant annet til å nå egne mål, oppleve en følelse av normalitet, oppnå økt livskvalitet og å prosessere kreftopplevelsen (Appleton et al., 2013; Connerty og Knott, 2013; Roland et al., 2013; Sekse et al., 2012): «Having a supportive family was essential during this time» (Sekse et al., 2012, s. 2629). Noen rapporterte en følelse av mangel på forståelse fra sitt sosiale nettverk, både med tanke på deres fysiske senvirkninger og angst for tilbakefall (Connerty og Knott, 2013; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Roland et al., 2013):

In the beginning, then they saw... I didn't have any hair, and then they saw me being thin, and noticed I was not in shape. And now it's less visible from the outside that I'm not in shape. So now people expect that everything's like it used to be (Hauken, Larsen og Holsen, 2013, s. 7).

I tillegg uttrykte noen forståelse for at familie og venner ikke kunne forstå deres kreftopplevelse fullt ut: «My partner... he tries very hard to understand, but he can never understand» (Hauken, Larsen og Holsen, 2013, s. 23).

Flere uttrykte usikkerhet etter endt kreftbehandling. Usikkerheten var relatert til sykdommen, fremtiden og den plutselige mangelen på struktur (Connerty og Knott, 2013; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014; Sekse et al.,

2012): «As soon as treatment had finished I walked out of the building and burst into tears because I realised I was on my own completely and that was a bit of a shock to realise that» (Connerty og Knott, 2013, s. 337). I tillegg følte de at de ikke hadde fått noen ordentlig avslutning når behandlingen var over, og at de hadde fått for lite informasjon om tiden etter endt kreftbehandling (Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014):

The day I left hospital, that was the end of their responsibilities. They had done what they were expected to and succeeded in a way... I missed that someone maybe took some responsibility. What I missed most was perhaps some information about what to expect and, yes, how you ought to do things (Hauken, Larsen og Holsen, 2013, s. 20)

Kreftopplevelsen kunne føre til en følelse av ensomhet og isolering. Denne ensomheten kunne de kjenne på til tross for at de var sammen med familie, venner, hadde regelmessige oppfølginger med helsepersonell, eller deltok i støttegrupper med andre kreftoverlevende. Noen uttrykte at de hadde problemer med å snakke med andre om kreften og kreftopplevelsen. For andre hadde derimot kreften bidratt til endrede relasjoner i positiv retning, med mer fokus på kvalitetstid med familie, ekte venner og partner (Connerty og Knott, 2013; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014; Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013; Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2012).

Noen av kreftoverlevende sa at de hadde hatt store forhåpninger og et ønske om å komme tilbake til jobb og studier. For noen medførte kreftopplevelsen til endrede tanker og holdninger i forhold til arbeid (Appleton et al., 2013; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lagerdahl, Moynihan og Stollery, 2014): «Work is no longer my life» (Appleton et al., 2013, s. 613). I tillegg følte de seg uforberedt på hvordan de skulle komme tilbake til jobb og studier, og å være alene om dette ansvaret. De uttrykte behov for råd fra helsepersonell angående dette. Dette medførte et gap mellom forventninger og realiteten, da å komme tilbake til hverdagen med jobb og studier var mye vanskeligere og mer krevende enn forventet (Hauken, Larsen og Holsen, 2013): «When you have finished your treatment, only half of the job is done. I didn't expect it to be like this» (Hauken, Larsen og Holsen, 2013, s. 19).

Spirituelle endringer etter å ha hatt kreft ble nevnt i studiene til Roland et al. (2013) og Connerty og Knott (2013), også hos de som ikke identifiserte noen spesifikk trosretning. De følte at dette bidro til personlig vekst, styrke, trygghet og håp: «My christian faith deepened ... and I believe that was a very major factor in my recovery» (Connerty og Knott, 2013, s. 339). I studien til Roland et al. (2013) oppga derimot noen å miste troen gjennom å ha hatt kreft.

4.3 Endringer relatert til kropp og seksualitet

Kreftoverleverne rapporterte flere fysiske senvirkninger. De nevnte blant annet fatigue, smerter, gastrointestinale problemer, hormonelle problemer, fertilitetsproblemer, arr, strekkmerker, hårtap, tynt hår, vektøkning, maktesløshet, menopause og problemer med tanke på bekledning. Å fjerne organer som symboliserer kvinnelig identitet, som ovarier og livmoren, hadde spesielt innvirkning på kroppsbildet (Connerty og Knott, 2013; Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013). Endringene hadde innvirkning på livet til kreftoverleverne, og medførte redusert funksjon og evne til å fullføre oppgaver i hverdagen. Kreftoverleverne følte seg verken syk eller frisk, og opplevde et endret selvbilde og en følelse av å være annerledes (Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013): «Perhaps that's why I've had anxiety, because it's been a gap between what I want to be... and how I really feel. But now I guess I have accepted that... I am healthy in my own way. Or healthy and... a little bit sick» (Hauken, Larsen og Holsen, 2013, s. 23).

Flere oppga at forekomsten av fysiske senvirkninger medførte bekymringer om at de ikke ville bli bedre. De fortalte også at de var lite forberedt på senvirkningene, da de følte de hadde fått lite informasjon om dette. Kreftoverleverne hadde forventninger om at senvirkningene skulle tas tak i av helsepersonell, men opplevde at dette gjerne ikke var tilfelle (Hauken, Larsen og Holsen, 2013; Sekse et al., 2010): «Oh, yes, you're tired. Then we'll write 2 sentences in your journal. Yes, I understand that it's difficult» (Hauken, Larsen og Holsen, 2013, s. 23).

Flere beskrev betydelige endringer i seksuell funksjon og seksualliv (Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013; Sekse et al., 2010). De fortalte om problemer som lite seksuell aktivitet og tilfredsstillelse, vaginal tørrhet og sårhet, smerter under samleie, fatigue,

reduisert sexlyst og bekymringer om infertilitet eller sterilitet. De seksuelle problemene kunne ha innvirkning på seksuallivet i eksisterende forhold, eller fremtidige forhold grunnet innvirkning på dating og familieplanlegging. Særlig de som hadde hatt kreft i reproduktive organer, og som var av yngre alder og/eller ønsket flere barn, beskrev endringene som dramatiske (Lehmann et al., 2014; Roland et al., 2013; Sekse et al., 2010): «I have always wanted to have many children... (...) so removing the uterus was somehow a total change in life» (Sekse et al., 2010, s. 803). Noen fortalte at de opplevde å få lite hjelp og råd angående seksuelle problemer, og at de ikke følte det var naturlig å ta opp spørsmål om seksuelle og intime emner under konsultasjonene med helsepersonell (Roland et al., 2013; Sekse et al., 2010).

5 Diskusjon

Funnene våre viser at kreftoverlevende blir påvirket både psykisk, sosialt, eksistensielt og fysisk. I tillegg kom det frem ulike former for mestring, og at flere opplevde personlig vekst. Å komme tilbake til hverdagen ble ansett som en vanskelig prosess som de følte seg uforberedt på.

5.1 Metodediskusjon

Vår studie vil ha noe begrenset overføringsverdi, med tanke på at artiklene vi har inkludert ikke omhandler alle typer kreft. De kreftsykdommene som er representert er gynekologisk kreft, colorektal kreft, prostatakreft, brystkreft, lymfom, osteosarkom, leukemi, prostatakreft, lungekreft og føflekkreft. Noen av artiklene inkluderte flere typer kreft, mens andre hadde bare én type kreft i fokus, som eksempelvis gynekologisk kreft eller colorektal kreft. Dette svekker funnene med tanke på at ulike kreftsykdommer kan gi ulike erfaringer. Noen av artiklene omhandlet kun kvinner, mens menn bare er omtalt i studier hvor både menn og kvinner er representert. Av den grunn blir ikke menns erfaringer representert i tilstrekkelig grad. Med tanke på at prostatakreft er den krefttypen som hyppigst forekommer hos menn (Kreftregisteret, u.å.), mener vi i ettertid at denne pasientgruppen burde vært representert i større grad. Men i tillegg fant vi ikke noen artikler som inkluderte kun menn. Det vil derfor være behov for ny forskning om menns erfaringer med kreft, særlig prostatakreft.

Samtidig viser de ulike artiklene flere like funn, som blant annet angst for tilbakefall, depresjon, fatigue, endret kroppsbilde, og sosiale endringer, noe som kan validere at det er visse likheter til tross for ulike kreftsykdommer. Vi ønsket også bevisst å fokusere på flere typer kreft for å få generell kunnskap om hvordan sykepleier bør møte denne pasientgruppen.

Vi har søkt i fire ulike databaser, og kunne kanskje ha funnet andre aktuelle artikler gjennom å bruke flere databaser. Samtidig følte vi at gjennomførte best mulige søk, ved å ta i bruk de databasene som vi var best kjent med fra før. Den tiden vi har hatt på å gjennomføre studien har også vært begrenset, og vi har også hatt en begrensning på hvor

mange artikler som vi skulle inkludere i studien. Vi valgte derfor også å avslutte søkeprosessen etter at vi hadde inkludert 8 relevante artikler, noe som kan ha utelukket andre aktuelle artikler.

5.2 Psykiske endringer

Studien vår viser at flere kan kjenne en følelse av usikkerhet relatert til sykdommen, fremtiden, den plutselige mangelen på struktur, og at de har fått for lite informasjon. En av kjernekomponentene i Antonovskys (2012) opplevelse av sammenheng, er begripelighet, og handler om hvorvidt situasjonen er forståelig og strukturert. Denne usikkerheten kan derfor påvirke pasientens opplevelse av sammenheng, og ha negativ innvirkning på mestring av situasjonen. For å bidra til at pasienten opplever situasjonen som begripelig, vil tilstrekkelig informasjon antagelig være en avgjørende faktor. Denne usikkerheten kan også påvirke pasientens livskvalitet, ettersom usikkerhet og stress befinner seg innenfor det psykiske/åndelige området i Ferrans definisjon på livskvalitet (Rustøen, 2010). Også her vil informasjon være avgjørende for at pasienten skal få en opplevelse av mening og struktur.

Videre viser studien vår at flere opplever personlig vekst etter sin kreftsykdom. Thomsen (2004) beskriver personlig vekst som at en har blitt flinkere til å leve i nuet, at en kan glede seg over de små tingene i livet, og at en er flinkere til å prioritere det som er viktig og å ikke bekymre seg over bagateller. Dette samstemmer med funnene i vår studie. En kan også relatere denne personlige utviklingen som en del av en positiv påvirkning på det psykiske/åndelige området innenfor Ferrans definisjon på livskvalitet (Rustøen, 2010).

Et sentralt trekk i Antonovskys teori, er at personer som har en sterk opplevelse av sammenheng, har en tendens til å velge hensiktsmessige mestringsstrategier (Kristoffersen, 2011). At sykepleier hjelper pasienten med å gjøre situasjonen forståelig, meningsfull og håndterlig kan dermed bidra til at pasienten velger hensiktsmessige mestringsstrategier og kan få en positiv opplevelse ut av en vanskelig situasjon. Lorentsen og Grov (2010) foreslår at sykepleier kan veilede pasienten i hvordan det er lurt å legge opp dagen. Dette kan bidra til å gjøre den nye livssituasjonen mer håndterlig og dermed øke pasientens opplevelse av sammenheng, som videre kan bidra til hensiktsmessig mestring. Flere av kreftoverleverne fortalte også om et økt behov for kontroll, som førte til at de søkte ny

kunnskap eller aktivt iverksatte tiltak for å tilpasse seg de fysiske senvirkningene. Gjennom å gjøre dette kunne pasientene oppnå økt kunnskap som antagelig førte til at situasjonen ble mer forståelig.

5.2.1 Depresjon og angst for tilbakefall

I studien vår var depresjon og angst blant de psykiske symptomene som ble rapportert i høyest grad. Dette støttes av det Loge (2013) sier om at de vanligste psykiske symptomene ved kreftsykdom er angstsymptomer, depressive symptomer eller en kombinasjon av disse. Ifølge Dahl (2013) og Loge (2013) vil de psykiske følgene av kreftsykdommen, avhenge av den psykiske helsen pasienten hadde på forhånd. Eksisterende psykisk lidelse ved diagnosetidspunktet kan forverres, eller tidligere psykiske lidelser kan blusse opp igjen i forbindelse med diagnose og behandling. Det vil derfor være essensielt å kjenne til pasientens psykiske tilstand før behandlingen, for å kunne forebygge disse symptomene hos spesielt utsatte. Gram (2004) påpeker faktorer som påvirker utviklingen av depresjon og angst, som isolasjon, å føle manglende kontroll, sosiale og økonomiske vanskeligheter, og den enkeltes bruk av mestringsstrategier. Dette er faktorer som en også finner i vår studie, og som viser viktigheten av at sykepleier har fokus på pasientens tidligere sykdomsbilde, livssituasjon og mestringsstrategier for å kunne iverksette tiltak som kan forebygge depresjon og angst.

Vi fant at kreftoverlevende i stor grad rapporterte angst for tilbakefall, og at de stadig lette etter symptomer og tegn hos seg selv og bekjente som kunne bety ny kreft eller tilbakefall. Ifølge Dahl (2013) må en anse dette som normalt, siden det for de fleste kreftsykdommer foreligger risiko for residiv, men det vil være varierende meninger om når en skal anse slik angst som et problem. Noen kreftsykdommer, som eksempelvis brystkreft, vil ha en risiko for residiv selv 10-15 år etter avsluttet behandling (Møller og Langmark 2013). Hvilken kreftform pasienten har, virker inn på risikoen for residiv, som igjen kan ha betydning for om en skal anse angst for tilbakefall som et problem eller ikke.

Studien vår viste at polikliniske kontroller og/eller at kreft rammet noen en kjente, trigget angst for tilbakefall hos kreftoverlevende. Vi kan relatere denne angsten for tilbakefall til det Cullberg (2010) sier om nyorienteringsfasen. Han sier at denne fasen ikke har noen avslutning, og kan være som et arr som ikke forsvinner, men som heller ikke hindrer

vanlige livskontakter. En kan dermed forstå angst for tilbakefall som noe pasientene må leve med, og at den kan dukke opp igjen ved ulike anledninger (Cullberg, 2010). Dette mener vi kan være relevant å inkludere i informasjonen som gis til pasientene, slik at de blir opplyst om at dette er en normal reaksjon på det å ha hatt kreft. Samtidig vil det være viktig å presisere at om de selv opplever angst for tilbakefall som problematisk, bør de oppsøke helsehjelp. Studien vår fant også at kreftoverleverne opplevde en spenning mellom angst for tilbakefall og personlig vekst. Dette kan også forklares ut fra hvordan Cullberg (2010) beskriver nyorienteringsfasen.

5.3 Sosiale konsekvenser

I studien vår poengterte flere av kreftoverleverne at god støtte fra familie, venner, kollegaer og andre bekjente var av stor betydning. Antonovsky regner sosial støtte som en av de viktigste motstandsressursene som kan bidra til mestring (Langeland, 2012). At det nære miljøet har forståelse for situasjonen kan derfor ha stor innvirkning på hvordan en mestrer sin sykdomstilstand. Men for enkelte kan kreftsykdom medføre isolering og en følelse av ensomhet. Ifølge Lorentsen og Grov (2010) kan kreftpasienter velge å isolere seg på grunn av endret utseende, tap av fysiske ferdigheter, et ønske om å skjerme familien som blir engstelig og bekymret, og for å beskytte seg selv mot sårende kommentarer fra andre. Slik isolering kan bli vanskelig å bryte ut av. Isolering og følelse av ensomhet kan altså redusere pasientens mulighet til mestring, og bør derfor unngås. At sykepleier er bevisst dette og informere pasient og eventuelt pårørende om betydningen av sosial støtte, kan derfor ha stor innvirkning på hvordan pasienten mestrer situasjonen.

Studien vår viste også at kreftoverleverne anså det å delta i støtteordninger og å støtte andre som noe som bidro til mestring. Både Lorentsen og Grov (2010) og Thomsen (2004) påpeker at støtte fra andre som har gjennomgått kreftsykdom, kan være til stor hjelp. Antonovskys (2012) opplevelse av sammenheng blir også her aktuell, med opplevelsen av håndterbarhet. Håndterbarhet innebærer at man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet for å håndtere de kravene som stilles (Antonovsky, 2012). Funnene i studien vår viste at det var svært viktig at de kreftoverleverne de møtte via støtteordninger, var i mest mulig lik situasjon som en selv, som for eksempel med tanke på alder, kjønn og fysiske senvirkninger. Å oppleve at andre klarer å håndtere noe som minner om de utfordringene en selv møter, kan derfor tenkes å gjøre situasjonen mer håndterbar og dermed styrke

evnen til mestring.

Et annet funn i studien var at kreftoverleverne opplevde en mangel på forståelse fra andre. Dette samstemmer med det Lorentsen og Grov (2010) sier om at det foreligger forventninger fra familie, venner, kollegaer og andre om at kreftoverleveren skal gjenoppta de rollene han/hun hadde før kreftsykdommen. I Antonovskys spørreskjema om opplevelse av sammenheng, stilles blant annet følgende spørsmål: «Føler du at folk ikke forstår deg når du snakker til dem?» (Antonovsky 2012, s. 195). Opplevelse av sammenheng har videre betydning for ens mestring (Antonovsky, 2012). Å oppleve liten forståelse fra andre vil derfor ha negativ innvirkning på opplevelse av sammenheng og dermed også på mestringsevnen. Dette har betydning for sykepleier i møte med både pasienten, pårørende og samfunnet ellers, da sykepleier også har en rolle innen forebyggende helsearbeid. Helseopplysning er et viktig virkemiddel i det forebyggende helsearbeidet, og handler i vid forstand om læring rettet mot enkeltpersoner, spesielle målgrupper eller befolkningen generelt (Mæland, 2010). At samfunnet ikke har gode nok kunnskaper om hva det vil si å være kreftoverlever, blant annet i forhold til varige fysiske og/eller psykiske senvirkninger, kan være en mulig årsak til at kreftoverlever opplever mangel på forståelse fra andre. Økt helseopplysning i samfunnet om dette temaet, kan derfor virke helsefremmende for denne pasientgruppen.

Det sosiale nettverket har ikke bare betydning for pasientens mestring, men også for pasientens livskvalitet (Lorentsen og Grov, 2010). Innenfor Ferrans' definisjon på livskvalitet, finnes et sosioøkonomisk område, som omfatter blant annet sosialt liv og støtte (Rustøen, 2010). Ferrans ser på livskvalitet som tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktige for en. Det sosioøkonomiske området kan derfor tenkes å ha større innvirkning på livskvaliteten hos pasienter som anser dette området som spesielt viktig. Studien vår viste at kreften hos noen bidro til endrede relasjoner i positiv retning. Livstruende hendelser kan endre en persons syn på seg selv og livet, og gi endrede prioriteringer, såkalt 'response shift' (Rustøen 2010). Rustøen (2010) kommer videre med eksempler på at forhold til familie eller ektefelle kan bli viktigere etter en livstruende lidelse, og at livskvaliteten derfor kan bedres innenfor dette området til tross for fysiske plager og frykt for fremtiden. At sykepleier motiverer pasienten til å opprettholde et godt, nært sosialt nettverk kan derfor bidra til å gjøre de plagene som pasienten opplever, mindre viktige.

Arbeid, utdanning og økonomiske forhold er en del av det sosioøkonomiske området av livskvalitet (Rustøen, 2010). Å være tilfreds på dette området kan derfor medføre økt livskvalitet, og å motivere pasientene til å komme tilbake til jobb og studier, kan derfor for enkelte være positivt. Men for noen medførte kreftopplevelsen at jobb ikke lenger var en like viktig del av livet. Dette kan relateres til at jobb ikke lengre ble ansett som et viktig område i livet deres, og eventuell utilfredshet innenfor dette området i livet, hadde derfor ikke like stor innvirkning på livskvaliteten. Men en endret jobbsituasjon kan for enkelte medføre økonomiske endringer, som videre kan begrense sosiallivet og gi bekymringer (Lorentsen og Grov, 2010), med påfølgende mulighet for redusert livskvalitet. Andre oppga et ønske om å komme tilbake til jobb og studier, samtidig som de følte seg uforberedt på hvordan dette skulle gjøres, siden de erfarte at det var vanskeligere og mer krevende enn forventet. At jobbsituasjonen endrer seg og at en føler en ikke bidrar til fellesskapet på samme måte som tidligere, kan ha negativ innvirkning på selvbildet og på livskvaliteten (Lorentsen og Grov, 2010; Rustøen 2010). Sykepleier har her en viktig oppgave i å realitetsorientere disse pasientene, for å kunne redusere gapet mellom forventninger og realitet.

I studien vår fant vi også at noen kreftoverlevende hadde fått styrket sin religiøse tro, men også at noen hadde fått denne svekket. Langeland (2012) og Dahl (2013) hevder at å ha en religiøs tro, kan være en ressurs og føre til økt motstandskraft. I tillegg kan religion bidra til mening i livet, som igjen kan bidra til å styrke opplevelsen av sammenheng (Langeland, 2012). Opplevelse av sammenheng kan videre bidra til mestring. Men også her blir det viktig å presisere at livskvalitet er nettopp tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som pasienten selv anser som viktige, og for enkelte vil derfor ikke åndelige forhold og religion ha like stor betydning for pasientens livskvalitet. Sykepleier har derfor en viktig rolle i å kartlegge hvorvidt pasienten selv anser religion og åndelige forhold som viktig, og å videre eventuelt støtte pasienten i dette. Sykepleier kan eksempelvis hjelpe pasienten med å opprette kontakt med prest eller andre dersom dette er noe pasienten selv føler behov for.

Sykepleier har også selv en viktig rolle i å snakke med pasienten om eksistensielle problemer som pasienten måtte ønske å ta opp, og å tilby pasienten mulighet til slike samtaler selv om pasienten ikke selv spør etter det (Lorentsen og Grov, 2010). Ifølge Langeland (2012) kan slike samtaler bidra til at pasienten opplever en følelse av

sammenheng. Dette kan videre bedre pasientens mulighet til mestring. At sykepleier er til stede, har evne til å lytte, mot til å være nær og evne til å la seg berøre, vil gjøre det lettere for pasienten å fortelle om sin opplevelse (Lorentsen og Grov, 2010). Det er derfor viktig at sykepleier opptrer på en slik måte når eksistensielle temaer tas opp.

5.4 Endringer relatert til kropp og seksualitet

Studien vår viser at fysiske senvirkninger og problemer med seksualitet etter kreft og kreftbehandling er aktuelt for mange. En av Ferrans' fire områder innenfor livskvalitet er helse og fysisk funksjon, og det innebærer blant annet aktivitetsnivå, mobilitet, fysiske symptomer og seksualitet (Rustøen, 2010). De fysiske endringene og problemene med seksualitet som kreftoverleverne forteller om, kan derfor ha innvirkning på deres livskvalitet.

Fatigue var den fysiske senvirkningen som ble rapportert i størst grad. De som har fatigue føler seg ofte slapp og tiltaksløs, og må oppmuntres til å finne en tilfredsstillende balanse mellom aktivitet og hvile (Lorentsen og Grov, 2010). Et sentralt trekk i Antonovskys modell er at personer som har en sterk opplevelse av sammenheng, har en tendens til å velge hensiktsmessige mestringsstrategier (Kristoffersen, 2011). At sykepleier hjelper pasienten med å gjøre situasjonen forståelig, meningsfull og håndterlig kan dermed bidra til at pasienten velger hensiktsmessige mestringsstrategier. Lorentsen og Grov (2010) foreslår at sykepleier kan veilede pasienten i hvordan det er lurt å legge opp dagen. Dette kan bidra til å gjøre den nye livssituasjonen som kreftoverlever mer håndterlig og dermed øke pasientens opplevelse av sammenheng, som videre bidrar til hensiktsmessig mestring.

Ut fra det Cullberg (2010) sier om den traumatiske krisens ulike faser, tolker vi det dit hen at etter kreftbehandling vil pasientene gå inn i en bearbeidingsfase. Bearbeidingsfasen vil innebære at pasienten blir mer fremtidsrettet, og forsøker å godta de fysiske endringene som kreften og kreftbehandlingen kan ha medført, og at de symptomene og atferdsforstyrrelsene som pasienten hadde etter sjokket, forsvinner. Om en slik bearbeidingsfase ikke oppstår innen rimelig tid, kan det være behov for fagkyndig hjelp (Cullberg, 2010). Sykepleier har derfor en viktig rolle i å informere pasienter om tiden etter behandlingen, og å motivere dem til å eksempelvis søke helsehjelp dersom de kjenner de har problemer med å bearbeide sin opplevelse og å fokusere på fremtiden.

De fysiske endringene som kreftoverleverne opplevde, medførte et endret kroppsbilde. Dette er noe som også bemerkes av Reitan (2010a) og Schjølberg (2010). Kroppsbildet kan ses som hvordan en person oppfatter kroppen sin (Reitan 2010a). Flere faktorer har betydning for i hvilken grad kroppsbildet endres, deriblant tidligere reaksjonsmønstre i forbindelse med vanskelige situasjoner og tap, hvordan nære relasjoner og omgivelser responderer på endringene, om endringene er synlige, reduserer kroppsfunksjonen eller er forbundet med skam (Schjølberg, 2010). Kroppsbildet påvirker videre ens følelser, tanker og væremåte, og har betydning for relasjoner, livskvalitet og hvordan en mestrer endringene (Lorentsen og Grov, 2010; Shjølberg, 2010). En sentral oppgave for sykepleiere som arbeider med kreftpasienter er å hjelpe ham/henne til å forstå og akseptere det endrede kroppsbildet (Schjølberg, 2010).

For å hjelpe pasienten til å mestre et endret kropps- og selvbilde er det vesentlig at sykepleier forstår hvilken verdi den tapte kroppsdelen eller den kroppslige forandringen har for den enkelte pasient (Lorentsen og Grov, 2010). Sykepleier bør derfor snakke med pasienten om det endrede kropps- og selvbildet, for å få en forståelse for hvordan pasienten selv opplever dette. En kan for eksempel ta i bruk det spørreskjemaet som Ferrans har utviklet ut fra sin definisjon på livskvalitet. Her finner en blant annet spørsmål som får frem hva pasienten selv anser som viktige sider ved livet (Rustøen, 2010).

Flere av kreftoverleverne i studien vår oppga å ha problemer med seksualitet. Kreftbehandling kan medføre store konsekvenser for seksuell helse etter behandlingen; kvinner kan bli plaget med tørrhet, sårhet og sammenvoksninger, mens menn kan oppleve problemer med ereksjon, ejakulasjon, inkontinens og nedsatt libido (Lorentsen og Grov, 2010; Borg, 2010; Jerpseth 2010). Å eksempelvis miste et bryst kan også medføre seksuelle problemer, ved at en ikke lenger opplever seg selv som fullferdig kvinne, og føler seg mindre verdt som seksualpartner (Borg, 2010; Sørensen og Almås, 2010).

Sykepleier må ta initiativ til å snakke med pasient og eventuelt partner om mulige seksuelle problemer som kan oppstå som følge av kreftbehandling (Jerpseth, 2010). Er kvinnen åpen ovenfor partneren om eksempelvis tapsopplevelsen av å miste et bryst, kan bearbeidingen av tapet og aksepteringen av kroppsforandringen bli lettere (Sørensen og Almås, 2010). Sykepleier bør derfor motivere pasienten til å snakke med sin partner om disse følelsene. Men å starte samtalen om seksualitet kan for mange pasienter være

vanskelig (Lorentsen og Grov, 2010). Sykepleier må derfor tørre å ta opp dette temaet med pasienten, slik at det kan bli lettere. Ifølge Lorentsen og Grov (2010) kan dette ofte være enda mer problematisk for menn. Her er det interessant at problemer med seksualitet hos menn ikke var et sentralt funn i vår studie, men dette kan ha sammenheng med at i vår studie var kvinner mer representert enn menn. Dette er derfor noe vi mener det må forskes mer på.

Noen av kreftoverleverne påpekte at det å ha hatt kreft i reproduktive organer og/eller å ha yngre alder og/eller ønske flere barn, medførte særlig dramatiske endringer relatert til seksuell helse. Dette samsvarer med det Jerpseth (2010) beskriver om at tap av kroppsdeler som har sammenheng med fertilitet og feminitet kan representere et større tap. Et av de fire områdene innenfor Ferrans' definisjon av livskvalitet kalles familieområdet (Rustøen, 2010), og viser hvor aktuelt dette temaet kan være for ens livskvalitet. Ved kreft i ovariene vil dessuten ovariene alltid fjernes, noe som medfører klimakteriet med endret hormonstatus, noe som kan være spesielt belastende (Jerpseth, 2010).

5.5 Konklusjon

Ved å gjennomføre denne litteraturstudien ønsket vi å finne ut hvilke erfaringer kreftoverleverne har med sykdommen og tiden etter fullført behandling. Det som i størst grad blir omtalt i vår studie i forhold til kreftoverleveres erfaringer, er at de opplever stor grad av depresjon, angst for tilbakefall, fatigue og andre fysiske senvirkninger, og sosiale endringer. En av de positive erfaringene ved å ha hatt kreft, var personlig vekst. Mange følte at de nå fokuserte på de viktige tingene i livet, og fikk satt ting mer i perspektiv. Men samtidig som en opplevde personlig vekst, rapporterte de en spenning mellom dette og angst for tilbakefall. Støtte og omsorg fra familie og venner var essensielt, og de følte at forholdene til dem ble dypere. Men en opplevelse av mangel på forståelse fra disse var også tilstede. Da var støtte fra kreftoverleverne som de traff gjennom støttegrupper nyttig, og bidro til å gjøre situasjonen mer håndterbar. Fatigue var den fysiske senvirkningen som ble rapportert i størst grad, men mange opplevde også endret kroppsbilde og seksuelle problemer. Både de psykiske og fysiske senvirkningene følte de seg lite forberedt på, og de uttrykte behov for mer informasjon om dette.

Det vi mener denne pasientgruppen har størst behov for, med tanke på hvordan de skal mestre hverdagen, er økt informasjon om ulike senvirkninger som kommer av både sykdommen og behandlingen. Sykepleier bør også hjelpe pasienten til å få kontakt med støttegrupper, og oppfordre dem til å søke helsehjelp når dersom de møter på ulike utfordringer i hverdagen. I tillegg er det viktig med økt helseopplysning om senvirkninger som denne pasientgruppen kan oppleve, slik at kreftoverleverne kan oppnå større forståelse fra det sosiale nettverket og samfunnet generelt.

6 Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Appleton, L., Goodlad, S., Irvine, F., Poole, H. og Wall, C. (2013) 'Patient's experiences of living beyond colorectal cancer: A qualitative study', *European Journal of Oncology Nursing*, 17, s. 610-617.
- Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. 1. utg. Oslo: Akribe.
- Borg, T. (2010) 'Seksualitet', i Reitan, A.M., og Schjølberg T.K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – behandling*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 121-130.
- Connerty, T.J., og Knott, V. (2013) 'Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth', *European Journal of Cancer Care*, 22, s. 334-344.
- Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, A.A. (2013) 'Psykiske symptomer og lidelser', i Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.127-150.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gram, D. (2004) 'Psykologiske reaktioner på kræft', i Sachariae, B., og Mehlsen, M.Y. (red.) *Kræftens psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag, s.81-94.

- Hauken, M.A., Larsen, T.M.B. og Holsen, I. (2013) 'Meeting Reality. Young Adult Cancer Survivors' Experiences of Reentering Everyday Life After Cancer Treatment', *Cancer Nursing*, 36(5), s.17-26.
- Jerpseth, H. (2010) 'Sykepleie ved gynekologiske sykdommer', i Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-52.
- Kreftregisteret (u.å., a) *Antallet kreftoverlevende i Norge øker kraftig*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Fokus-pa-kreftoverlevende-De-som-har-overlevd-eller-lever-med-kreft/> (Hentet: 21. april 2016).
- Kreftregisteret (u.å., b) *Fakta om kreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/> (Hentet: 21. april 2016).
- Kristoffersen, N.J. (2011) 'Helse og sykdom', i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 31-66.
- Lagerdahl, A.S.K., Moynihan, M. og Stollery, B. (2014) 'An Exploration of the Existential Experiences of Patients Following Curative Treatment for Cancer: Reflections from a U.K. Sample', *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), s. 555-575.
- Langeland, E. (2012) 'Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid', i Gammersvik, Å., og Larsen, T. (red.). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 195-216.
- Lehmann, V., Grönqvist, H., Engvall, G., Ander, M., Tuinman, M.A., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Mattsson, E. og von Essen, L. (2014) 'Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden', *Psycho-Oncology*, 23, s.1229-1235.
- Loge, J.H. (2013). 'Fatigue (trøtthetsfølelse) og depresjon', i Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 109-126.

- Lorentsen, V.B. og Grov, E.K. (2010) 'Generell sykepleie ved kreftsykdommer', i Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.401-437.
- Mæland, J.G. (2010) *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Møller, B. og Langmark, F. (2013) 'Kreftoverlevelse i tall', i Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.17-23.
- Reitan, A.M. (2010a) 'Krise og mestring', i Reitan, A.M., og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 72-101.
- Reitan, A.M. (2010b) 'Mestring', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 74-107.
- Roland, K.B., Rodriguez, J.L., Patterson, J.R., Trivers, K.F. (2013) 'A literature review of the social and the psychological needs of ovarian cancer survivors', *Psycho-Oncology*, 22. s. 2408-2418.
- Rustøen, T. (2010) 'Livskvalitet og velvære', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 29-55.
- Schjølberg, T.K. (2010) 'Endret kroppsbilde', i Reitan, A.M., og Schjølberg T.K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – behandling*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 131-141.
- Sekse, R.J.T., Raaheim, M., Blaaka, G. og Gjengedal, E. (2010) 'Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, s. 799-807.

- Sekse, R.J.T., Råheim, M., Blåka, G. og Gjengedal, E. (2012) 'Living through gynaecological cancer: three typologies', *Journal of Clinical Nursing*, 21, s. 2626-2635.
- Sørensen, E.M., og Almås, H. (2010) 'Sykepleie ved brystkreft', i Almås, H., Stubberud, D-G., og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie* 2. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 439-453.
- Thomsen, D.K. (2004) 'Fortællinger om kræft – temaer om identitet, mening og døden', i Sachariae, B., og Mehlsen, M.Y. (red.) *Kræftens psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 95-111.

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Dato - 14.01.16

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff
CinahlComplete	(Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)		8 884
	(Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)		148 624
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences))		1 283
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences))	2010-2016	674
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences))	2010-2016 Peer Reviewed	585
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences))	2010-2016 Peer Reviewed Research Article	446
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences))	2010-2016 Peer Reviewed Research Article All adult	328
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences))	2010-2016 Peer Reviewed Research Article All adult Europe	135

Søkeord	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental health) OR (Psychological))	135	51	8	1 (4): «An exploration of the existential experiences of patients following curative treatment for cancer: reflections from a U.K. Sample» («Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden», «Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer», og «Living through gynaecological cancer: three typologies»).

Dato - 14.01.16

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff
CinahlComplete	(Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)		8 884
	(Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)		148 624
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences))		1 283
	(Coping) OR (Mental health) OR (Psychological)		185 908
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental health) OR (Psychological))	2010-2016	255
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental health) OR (Psychological))	2010-2016 Peer Reviewed	224
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental health) OR (Psychological))	2010-2016 Peer Reviewed Research Article	187
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental health) OR (Psychological))	2010-2016 Peer Reviewed Research Article All adult	149
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental health) OR (Psychological))	2006-2016 Peer Reviewed Research Article All adult Europe	70

Søkeord	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental health) OR (Psychological))	70	3	3	3: «Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden», «Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer», og «Living through gynaecological cancer: three typologies».

Dato - 18.01.16

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff
Ovid Medline	(Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)		15 811
	(Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)		135 925
	(Coping) OR (Mental Health) OR (Psychological)		494 324
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental Health) OR (Psychological))		242
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental Health) OR (Psychological))	2010-2016 English/Norwegian	151
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental Health) OR (Psychological))	2010-2016 English/Norwegian Humans Male and/or female	58
	((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental Health) OR (Psychological))	2010-2016 English/Norwegian Humans Male and/or female All adult	57

Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
((Long-term Cancer Survivors) OR (Long-term Survivors) OR (Survivors of Cancer) OR (Cancer Survivor) OR (Cancer Survivors) OR (Cancer Survivorship)) AND ((Experiences) OR (Patient Experiences) OR (Patient Experience) OR (Patients Experiences) OR (Postcancer Experiences)) AND ((Coping) OR (Mental Health) OR (Psychological))	57	15	4	3: «Patients' experiences of living beyond colorectal cancer: a qualitative study», «Meeting Reality: Young Adult Cancer Survivors' Experiences of Reentering Everyday Life After Cancer Treatment», og «Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth».

Dato - 18.01.16

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff
Oria	(Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)		68 281
	(Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences)		1 983 247
	((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences))		5 400
	((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences))	2010-2016	2 776
	((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences))	2010-2016 Språk: Engelsk	2 717
	((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences))	2010-2016 Språk: Engelsk Artikler	2 125
	((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences)) OG ((Coping) ELLER (Mental Health) ELLER (Psychological))	2010-2016 Språk: Engelsk Artikler	657
	((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences)) OG ((Coping) ELLER (Mental Health) ELLER (Psychological))	2010-2016 Språk: Engelsk Artikler Fra fagfelleverderte tidsskrift	628
	((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences))	2010-2016 Språk: Engelsk Artikler Fra fagfelleverderte	35

	Experiences) ELLER (Postcancer Experiences)) OG ((Coping) ELLER (Mental Health) ELLER (Psychological))	tidsskrift Oversikts- artikler/Omtaler	
--	--	--	--

Søkeord	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
((Long-term Cancer Survivors) ELLER (Long-term Survivors) ELLER (Survivors of Cancer) ELLER (Cancer Survivor) ELLER (Cancer Survivors) ELLER (Cancer Survivorship)) OG ((Experiences) ELLER (Patient Experiences) ELLER (Patient Experience) ELLER (Patients Experiences) ELLER (Postcancer Experiences)) OG ((Coping) ELLER (Mental Health) ELLER (Psychological))	35	10	2	1: «A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors».

Vedlegg 2 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Lehmann, V., Grönqvist, H., Engvall, G., Ander, M., Tuinman, M.A., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Mattsson, E. og von Essen, L. (2014) 'Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden', <i>Psycho-Oncology</i> , 23, s.1229-1235.	Målet med studien var å gi innsikt i hva kreftoverlevende opplevde som negative og positive konsekvenser av å ha hatt kreft i oppveksten. En ønsket også å sammenligne opplevde konsekvenser 10 år etter diagnose, med konsekvenser rapportert 3 og 4 år etter diagnose.	Cancer Oncology Survivors Adolescence Consequences Longitudinal	<u>Utvalg</u> – Studien startet med 61 ungdommer diagnostisert med kreft, som ble behandlet ved ulike sykehus i Sverige. Studien ble godkjent av alle lokale etiske komiteer. Etter 10 år hadde 19 av deltakerne dødd, mens andre trakk seg av ukjente grunner eller kunne ikke spores. Dette resulterte i et utvalg på 28 overlevende i aldersgruppen 23-29 år. Begge kjønn var nesten likt representert. Diagnosene inkluderte lymfom (43 %), leukemi (29 %), osteosarkom (14 %) og andre (14 %). To av de overlevende hadde opplevd tilbakefall i løpet av de 10 årene, men alle deltakerne var sykdomsfrie og ferdigbehandlet ved tidspunktet for den aktuelle datasamlingen. <u>Datasamling</u> – Deltakerne ble intervjuet via telefon 4-8 uker etter diagnosen; 6, 12 og 18 måneder etter diagnosen; og 2,3,4 og 10 år etter diagnosen. Ved hvert intervju ble de kreftoverlevende spurt om å delta, uavhengig om de deltok ved forrige tidspunkt for intervju. <u>Analyse</u> – Intervjuene ble transkribert og analysert ved bruk av innholdsanalyse. Ord og setninger ble identifisert og det som ble sagt i intervjuene ble kategorisert basert på deres innhold.	En fant 13 hovedtemaer, der 7 av dem omhandlet negative konsekvenser og 6 av dem omhandlet positive konsekvenser. Majoriteten av de overlevende rapporterte både negative og positive konsekvenser. <u>Negative konsekvenser</u> – Negative konsekvenser som ble rapportert, var kroppslige bekymringer, eksistensielle tanker om tap og liv, psykiske problemer, vanskeligheter i samspill med andre, helsebekymringer, fertilitetsbekymringer, og frustrasjoner i forhold til helsehjelpen. <u>Positive konsekvenser</u> – Positive konsekvenser som ble rapportert, var et positivt syn på livet, et positivt syn på seg selv, medfølelse for andre, nære relasjoner, utviklet kunnskap om sykdom og helse, økonomisk gevinst.	Studien viser til flere ulike erfaringer som kreftoverlevende har opplevd, både negative og positive. De fleste av kreftoverlevende rapporterte at de opplevde både positive og negative konsekvenser av kreftsykdommen og behandlingen, men ikke alle. 4 av kreftoverlevende rapporterte kun positive endringer, og 2 av dem rapporterte bare negative endringer.

Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Sekse, R.J.T., Råheim, M., Blåka, G. og Gjengedal, E. (2012) 'Living through gynaecological cancer: three typologies', <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21, s. 2626-2635.	Hensikten med studien var å få en dypere forståelse for hvordan kvinner erfarer å leve med gynekologisk kreft, sett i etterkant av kreftsykdommen	Follow-up Gynaecological cancer Lived experience Long-term survival Nurses Process cancer Typologies	<u>Utvalg</u> – Deltakerne ble rekruttert fra en gynekologisk poliklinikk ved et universitetssykehus i Norge. De ble valgt ut basert på følgende kriterier: kvinner behandlet for gynekologisk kreft fem år tidligere; ingen tilbakefall eller metastaser etter behandling; og alder mellom 30 og 70. Via brev, ble 31 kvinner invitert til å delta i to intervjuer med ett års mellomrom; 16 aksepterte. Disse kvinnene var mellom 39 og 66 år. <u>Datasamling</u> – Det ble gjennomført 32 dybdeintervjuer med de 16 kvinnene. Det første intervjuet fant sted like før hver av kvinnenes siste kontroll i et 5-års oppfølgingsprogram, og det andre omtrent ett år senere. Intervjuguiden deres inneholdt emner som hvordan kvinnene opplevde å bli diagnostisert med kreft og hvordan de levde gjennom kreftsykdommen. <u>Analyse</u> – En hørte på opptakene som ble tatt ved hvert intervju og transkriberte disse ordrett. Et notat med refleksjoner ble skrevet umiddelbart etter hvert intervju. Deretter ble intervjuene analysert og kategorisert til tre ulike hovedtemaer.	<u>De følelsesmessig- og relasjonsorienterte</u> – Disse kvinnene hadde brukt sine nettverk til å arbeide seg aktivt gjennom sin sykdom. Denne åpenheten førte til støtte og omsorg fra andre, noe som hjalp dem med å møte sine erfaringer med kreften. Dette ledet kvinnene til en dypere kontakt med seg selv og med andre. Det minsket kvinnenes byrde, men 5-6 år etter kreftdiagnosen, når kvinnene var friske, opplevde de fortsatt angst for tilbakefall. <u>De aktivitetsorienterte</u> – Disse kvinnene fokuserte på å komme tilbake til hverdagslivet og å tenke positivt om fremtiden. De ble oppslukt i aktiviteter for å unnsnippe tanker om hvilken innvirkning kreft hadde på dem og deres familier. Kvinnene uttrykte at de følte seg ensomme i forhold til sine erfaringer med kreft. <u>De selvstyrte</u> – Disse kvinnene viste tydelig at de ikke hadde prosessert sine erfaringer med kreften. De hadde knapt snakket med noen om sine erfaringer. I motsetning til de andre kvinnene som deltok i undersøkelsen, hadde de ikke opplevd noen positive utfall av det å ha hatt kreft.	Studien viser viktigheten av å lytte til pasientenes historier fra begynnelsen av sykdomsforløpet, siden sykepleierne da kan få verdifull innsikt og kunnskap om den enkelte pasients prosess.

Vedlegg 4 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Sekse, R.J.T., Raaheim, M., Blaaka, G. og Gjengedal, E. (2010) 'Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24, s. 799-807.	Målet med studien var å få en dypere forståelse av erfaringer med kreft hos pasienter som har overlevd gynekologisk kreft. I tillegg ønsket en å finne ut noe om deres opplevelse av kreftomsorgen og kreftbehandlingen.	Long-term survivors Gynaecological cancer Follow-up Lived experience Cancer care	<u>Utvalg</u> – Deltakerne ble rekruttert fra en gynekologisk poliklinikk ved et universitetssykehus i Norge. 31 kvinner ble invitert til å delta i to intervjuer med ett års mellomrom; 16 aksepterte. Disse kvinnene var mellom 39 og 66 år ved første intervju. <u>Datasamling</u> – Det ble tatt i bruk dybdeintervju. Én av forfatterne gjennomførte alle intervjuene og skrev ned notater umiddelbart etterpå, for å sikre nonverbal informasjon. Intervjuguiden inneholdt blant annet emnet; hverdagen etter kreft. <u>Analyse</u> – Alle intervjuene ble transkribert ordrett. I løpet av det andre intervjuet presenterte intervjueren forståelsen en hadde fått av det første intervjuet, slik at deltakerne kunne komme med justeringer.	Tre hovedtemaer ble identifisert <u>Å leve med spenningen mellom personlig vekst og angst for tilbakefall</u> – Personlig vekst og en dyp takknemlighet for å være i live, synes å eksistere samtidig som deltakerne erfarte å leve med en form for beredskap i tilfelle kreften kunne returnere. Angst og en kroppslig basert beredskap ble ofte utløst gjennom de 5 årene med poliklinisk oppfølging, til tross for positive resultater. Deltakerne opplyste om at angst var noe de forventet å måtte leve med for resten av livet, og som ville hindre dem fra å være i en tilstand med en ubekymret tilstedeværelse i livet. <u>Å leve med en endret kvinnelig kropp</u> – De som hadde vært plaget med blødninger og smerter, opplevde kirurgisk fjerning av organ som en lettelse. I motsetning til dette, kunne det samme være en dramatisk opplevelse for de kvinnene som ønsket å få flere barn. Følelsen av feminitet virket å være lite påvirket av behandlingen. Men fjerning av reproduktive organ førte til utfordringer i seksuallivet, som blant annet sårhet og tørrhet i underlivet, noe som igjen førte til smertefullt og ukomfortabelt samleie. <u>Å føle seg alene, og ikke å få nok informasjon og veiledning etter behandling</u> – Perioden etter behandling ble beskrevet som en ensom reise som de ikke var forberedt på. Flere år etter behandlingen, synes ensomhet og usikkerhet fortsatt å være viktige erfaringer knyttet til å overleve kreft. Mangel på tid til samtaler om hva de hadde vært gjennom, og informasjon om mulige fremtidige konsekvenser av kreften, var noe som ble sterkt savnet.	Studien viser at det bør bli rettet mer oppmerksomhet til psykososiale aspekter som følge av kreftsykdom, i tillegg til forbedret informasjon om kroppslige forandringer og konsekvenser.

Vedlegg 5 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Appleton, L., Goodlad, S., Irvine, F., Poole, H. og Wall, C. (2013) 'Patients' experiences of living beyond colorectal cancer: A qualitative study', <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 17, s. 610-617.	Hensikten med studien var å utforske erfaringene til kreftoverleverne etter colorektal kreft. Dette for å få en større forståelse for hvordan de opplevde overgangen fra kreftpasient til kreftoverlever, hvilke fysiske, sosiale og psykologiske utfordringer de møtte i denne perioden og hvilke faktorer som støttet og/eller hindret individuell tilpasning/innstilling.	Colorectal cancer Survivorship Nursing Phenomenology	<u>Utvalg</u> – 13 personer som hadde gjennomført en primær kurativ behandling for tykktarmskreft fra 6 måneder til 5 år siden. Av disse 13 var det 8 menn og 5 kvinner. Alder spredte seg fra 45 til 84 år, og gjennomsnittsalderen var 67,2 år. Gjennomsnittstid siden diagnose var 3,8 år, og gjennomsnittstid siden gjennomført behandling var 22,4 måneder. Deltakerne ble rekruttert når de besøkte kreftpoliklinikken, hvor de fikk et brev med informasjon om studien, svarslipp og en forhåndsbetalt konvolutt. <u>Datasamling</u> – En gjennomførte kvalitative intervju med fenomenologisk tilnærming, ansikt til ansikt. Intervjuene ble gjennomført mellom 6 måneder til 5 år etter fullført kreftbehandling, og varte 20-90 minutter. Hver deltaker deltok i et intervju hvor det ble brukt en temaguide og det ble gjort lydopptak. Temaguiden hadde temaer som fysisk og psykisk helse, familie og personlige relasjoner, og problemer i forhold til arbeid. Alle intervjuene ble gjennomført i deltakernes hjem. <u>Analyse</u> – Fortolkende fenomenologisk analyse. Transkriptene ble analysert separat av 3 forskere, hvor en brukte de fire hovedstadiene av analyse beskrevet av Smith og Osborn (2003). En fant flere hovedtemaer med undertemaer.	Tre overordnede temaer ble dannet <u>Samarbeid med tverrfaglig team</u> – Studien viste hvilken betydning det hadde for kreftoverleverne å få støtte fra et tverrfaglig team. Teamet gav kreftoverleverne lett tilgjengelig informasjon, og kreftoverleverne følte seg trygg på å dele sine erfaringer med teamet uten å føle forlegenhet. <u>Faktorer som lettet overgangen til et normalt liv</u> – Disse faktorene var blant annet sosial støtte fra familie, venner og kollegaer, i tillegg til å sette personlige mål og komme tilbake til arbeidsliv og hobbyer. <u>Personen bak/etter kreftsykdommen</u> – Overgangen fra kreftpasient til kreftoverlever var en individuell erfaring for alle. Mange påpekte at de følte seg sterkere psykisk etter kreftsykdommen, og fortalte om at de hadde fått et nytt syn på livet. De tre hovedtemaene kan beskrives som dynamiske prosesser som oppstod hos alle intervjuobjektene til ulike tider.	Studien viser erfaringene til kreftoverleverne etter colorektal kreft. I tillegg viser studien hvordan kreftoverleverne mestret sykdommen og hvordan den førte til personlig vekst.

Vedlegg 6 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Hauken, M.A., Larsen, T.M.B. og Holsen, I. (2013) 'Meeting Reality. Young Adult Cancer Survivors' Experiences of Reentering Everyday Life After Cancer Treatment', <i>Cancer Nursing</i> , 36(5), s.17-26.	Målet med studien var å undersøke hvordan unge voksne kreftoverlevende opplever/erfarer å vende tilbake til hverdagen etter kreftbehandling, og deres meninger/oppfatninger på mulige løsninger på deres problemer.	Cancer survivorship Late effect Psychosocial issues Qualitative research Unmet needs Young adults	<u>Utvalg</u> – 20 unge voksne kreftoverlevende med alder fra 24 til 35 år, med ulike kreftdiagnoser, og som hadde fått tildelt plass i et rehabiliteringsprogram. Gjennomsnittsalderen var 31,1 år. 15 av deltakerne var kvinner og 5 var menn. Inklusjonskriterier var alder mellom 18 til 35 år, og at en hadde fullført kreftbehandlingen innen de fem siste årene. Alle krefttyper ble inkludert. <u>Datasamling</u> – Kvalitativ fenomenologisk tilnæringsmåte. Det ble gjennomført semistrukturerte intervju med åpne spørsmål. Alle deltakerne ble intervjuet én gang, og intervjuene varte mellom 45 til 70 minutter. Intervjuene foregikk i et kontor på rehabiliteringssenteret, fri fra distraksjoner. Det ble gjort lydopptak, og umiddelbart etter hvert intervju ble det skrevet notater om observasjoner og inntrykket som intervjueren satt igjen med. <u>Analyse</u> – Transkriptene ble analysert kvalitativt. Når intervjuene var transkribert, analyserte og kodet forfatterne dataene separat. Det ble funnet ulike koder som videre ble satt sammen i grupper.	«Å møte realiteten» ble ansett som et hovedtema, med fire undertemaer: «manglende forberedelse», «senvirkninger», «mangel på forståelse» og «å være verken syk eller frisk», som videre hadde egne undergrupper. Deltakerne var uforberedt på å vende tilbake til hverdagen etter kreftbehandlingen, og opplevde en kontrast mellom sine forventninger og virkeligheten, spesielt innenfor den helhetlige innvirkningen av senvirkninger. Dessuten var det å vende tilbake til hverdagen kategorisert av mangel på forståelse fra nettverket og helsepersonell som gjennomførte oppfølgingen. Deltakerne opplevde at å vende tilbake til hverdagen var vanskeligere enn forventet, og at de følte seg isolert, samt verken syk eller frisk.	Studien viser erfaringer til unge voksne kreftoverlevende. I tillegg kommer det frem at det bør i omsorgen til kreftoverlevende være fokus på en mer holistisk tilnærming.

Vedlegg 7 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Roland, K.B., Rodriguez, J.L., Patterson, J.R., Trivers, K.F. (2013) 'A literature review of the social and the psychological needs of ovarian cancer survivors', <i>Psycho-Oncology</i> , 22, s. 2408-2418.	Å identifisere og gi en omfattende presentasjon av den psykososiale helsen og de psykososiale behovene til kreftoverlevende etter ovariekreft.	Cancer Oncology Ovarian cancer Psychosocial needs Survivorship	<u>Utvalg og datasamling</u> – En litteraturstudie av totalt 28 studier, som hadde temaet psykososial helse blant overlevende av ovariekreft, ble inkludert. Alle artiklene var «peer reviewed», publisert på engelsk og mellom desember 2000 og desember 2010. <u>Analyse</u> – Etter gjennomgang av artiklene ble det funnet seks psykososiale temaer: livskvalitet, sosial støtte og relasjoner, selvbilde og seksuell funksjon, psykiske plager og funksjon, døds- og tilbakefallsangst, og personlig vekst og mestring. Data relatert til yngre kreftoverlevende (under 45 år) ble gjennomgått separat.	Fysiske komplikasjoner og bivirkninger har stor påvirkning på kreftoverlevendes psykososiale helse. Tilgang til sosiale støttetjenester og relasjonell støtte er avgjørende, grunnet at følelse av isolering er vanlig. Kreftoverlevende rapporterte lav seksuell aktivitet og tilfredshet som muligens kunne belaste personlige relasjoner. De opplevde høy grad av psykiske plager, depresjon og angst. Men for noen kunne livskvaliteten derimot forbedres, da mange rapporterte åndelig vekst og sterkere personlige relasjoner. Yngre kreftoverlevende hadde større risiko for høyere grad av psykiske plager og lavere livskvalitet sammenlignet med eldre kreftoverlevende. Kreftoverlevende rapporterte både forverret og forbedret livskvalitet. Optimisme, støttende relasjoner og færre fysiske symptomer hadde positiv innvirkning på livskvaliteten. De kunne oppleve sosial isolasjon, og behov for og god hjelp i sosial støtte fra andre kreftoverlevende. Fysisk utmattelse kunne påvirke deres evne til å støtte familien, noe som kunne føre til frustrasjon og skyldfølelse. Å være kreftoverlevende hadde påvirkning på selvbildet/kroppsbildet, og medførte lav seksuell aktivitet og noe som igjen påvirket personlige forhold. Kreftoverlevende kunne oppleve høy grad av depresjon og angst, konsentrasjonsproblemer og problemer med å huske, samt angst for tilbakefall og død, noe som kunne vedvare i flere år. Noen kreftoverlevende opplevde derimot personlig vekst, håp og en ny mening med livet. Gode mestringsstrategier var her å være aktiv, reise, ha mer kvalitetstid med venner og familie, å gi støtte til andre kreftoverlevende og å fokusere på fremtiden.	Reviewartikkelen viser erfaringene til kreftoverlevende som har gjennomgått ovariekreft. I tillegg ser den på forskjeller mellom yngre og eldre kreftoverlevende. Det avdekkes også relevante mestringsstrategier.

Vedlegg 8 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Connerty, T.J. og Knott, V. (2013) 'Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth', <i>European Journal of Cancer Care</i> , 22, s. 334-344.	Hensikten med studien var å utforske kreftoverleveres erfaringer med å ha hatt kreft, for å vurdere tilstedeværelsen av/graden av posttraumatisk vekst og identifisere potensielle modifiserbare faktorer som kan fremme posttraumatisk vekst.	Post-traumatic growth Cancer survivors Influencing factors	<u>Utvalg</u> – 15 personer, hvor 8 var menn og 7 var kvinner. Alder spredte seg fra 35 år til 85 år, og gjennomsnittsalderen var 63,47. Alle hadde hatt en kreftdiagnose og hadde fullført kreftbehandling. Gjennomsnittstid siden fullført kreftbehandling var 15 år. Inklusjonskriterier var at alle deltakerne måtte ha hatt erfaring med å jobbe som støttarbeider og/eller som talsmann i «Cancer Council SA» eller i «Cancer Voices». Dette fordi det ble antatt at de ville ha utvidet kunnskap og erfaring fra deres observasjoner og erfaringer med andre kreftoverlevende. <u>Datasamling</u> – Deltakerne ble inndelt i to grupper. Hver av gruppene deltok i et gruppeintervju. <u>Analyse</u> – Det ble tatt lydopptak og intervjuene ble transkribert. Transkriptene ble analysert med tematisk analyse. Det ble dannet koder basert på ulike konsepter som kom frem. Kodene ble deretter satt sammen til temaer.	Deltakerne informerte om både positive og negative erfaringer ved kreftbehandlingen og tiden som kreftoverlever. Av negative erfaringer fortalte de om klinikerens mangel på kunnskap om kreftpasienters erfaringer og deres mangel på tid, fysiske ettervirkninger, depresjon, posttraumatisk stress, angst for tilbakefall, usikkerhet på om man virkelig er frisk, familie og venners manglende forståelse for deres vanskeligheter med å vende tilbake til hverdagen etter fullført kreftbehandling. Til tross for at å ha hatt kreft ble ansett som traumatisk, beskrev deltakerne at flere områder i livet deres hadde hatt positiv utvikling etter gjennomgått kreft: de fikk et endret syn på verden, de verdsatte livet mer enn før, de følte seg mer positive, de fokuserte mer på forhold med gode venner, familie og partner og fikk dypere relasjoner med disse, de fokuserte mer på positive ting i livet, opplevde økt innsikt, og de fikk en dypere religiøs tro. Faktorer som ble ansett som positive for posttraumatisk vekst var sosial støtte fra venner, familie og støttegrupper, å finne informasjon om det å være kreftpasient og -overlever da dette gav en følelse av kontroll over de fysiske og psykiske utfallene, å endre livsstil og være mer fysisk aktiv for å redusere risikoen for å få kreft igjen, og å gjøre meningsfulle aktiviteter som eksempelvis å hjelpe andre i lignende situasjon.	Studien viser faktorer som har betydning for utvikling av posttraumatisk vekst – støtte fra familie, venner og støttegrupper, å ha kunnskap om situasjonen, å gjøre forebyggende helsetiltak for å unngå å få kreft igjen, endre livsstil, og å gjøre ting som en opplever som meningsfullt. Helsearbeidere bør derfor motivere til dette.

Vedlegg 9 – Litteratormatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Sentrale funn/ konklusjon	Relevans for praksis/ oppgaven
Lagerdahl, A.S.K., Moynihan, M. og Stollery, B. (2014) 'An Exploration of the Existential Experiences of Patients Following Curative Treatment for Cancer: Reflections from a U.K. Sample', <i>Journal of Psychosocial Oncology</i> , 32(5), s. 555-575.	Målet med studien var å utforske de delte eksistensielle erfaringene til personer som har gjennomført kreftbehandling med kurativ hensikt. En håpet også å identifisere pasientens potensielle omsorgsbehov i forhold til disse bekymringene.	Cancer Existential Curative Posttreatment Meaning Psychosocial Oncology care	<u>Utvalg</u> – 8 personer deltok i studien, hvorav 5 kvinner og 3 menn. Aldersspredningen var fra 43 til 62 år. Deltakernes diagnoser inkluderte kreft i prostata, bryst, hud, lunge, hode og nakke. Ved tidspunktet for intervju, var det i gjennomsnitt 8 måneder siden avsluttet behandling. <u>Datasamling</u> – Potensielle deltakere ble først kontaktet via telefon for å måle interessen for deltakelse. Etter positiv respons, ble et informasjonsskriv og et skjema for samtykke, sendt ut i posten. Intervjueren utarbeidet åpne spørsmål, designet for å tillate deltakerne til å utforske sine erfaringer siden fullført behandling. Oppfølgingsspørsmål ble brukt til å utforske det som ble sagt, mer detaljert. <u>Analyse</u> – Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert ordrett. En teori-ledende tematisk analyse ble brukt for å analysere innsamlet datamateriale.	I analysen ble det identifisert 4 hovedtemaer, hvor hver av disse inneholdt flere undertemaer. <u>Dødsangst</u> – Ble uttrykt gjennom undertemaene dødelighet, kontroll, og mer autentisk livsstil. <u>Frihet</u> – Deltakerne snakket om flere områder knyttet til eksistensiell frihet, nemlig usikkerhet, å søke struktur, bevissthet om egen evne til å ta valg, og vilje til å handle. <u>Isolasjon</u> – Deltakerne uttrykte en rekke ulike måter om hvordan deres sykdom medførte nyanser av eksistensiell isolasjon. Dette inkluderte emosjonell isolasjon, å være preget av sykdom, og beskyttende relasjoner. <u>Meningsskaping</u> – Mening dannet en betydelig del av deltakernes uttalelser om det å ha fullført kurativ behandling. Selv om noen deltakere reflekterte over erfaringer knyttet til tap av mening, snakket mange om hvordan de hadde fått en ny følelse av mening i livet. <u>Konklusjon</u> – Det er tydelig at flere spesifikke erfaringer er knyttet til fasen etter fullført behandling. For mange følger det også egne unike utfordringer som påvirker den enkelte lenge etter at behandlingen er avsluttet. Mange kan oppleve tap av identitet og/eller verdier med tanke på diagnosen og behandlingen, og andre kan føle seg veldig isolert i sine erfaringer, og dermed slite med å skape en følelse av mening i livet.	Studien viser flere erfaringer i forhold til det å være kreftoverlever, både positive og negative.