

Carina Skuseth Tafjord

Seneffekter og livskvalitet hos kreftoverlevende

Antall ord: 8424

Bacheloroppgave i 050SY

Veileder: Marianne Louise Frilund

Mai 2019

Carina Skuseth Tafjord

Seneffekter og livskvalitet hos kreftoverlevende

Antall ord: 8424

Bacheloroppgave i 050SY
Veileder: Marianne Louise Frilund
Mai 2019

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

Sammendrag

Hensikt: Oppgavens hensikt er å sammenfatte informasjon fra litteratur og utvalgte vitenskapelige artikler om hvordan seneffekter etter kreftbehandling påvirker livskvaliteten til kreftoverlevende.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, noe som innebærer systematiske søk i utvalgte databaser med spesifikke søkeord. Artiklene som ble plukket ut er grundig analysert for å kunne belyse hvordan kreftoverlevende opplever at seneffekter påvirker deres hverdag.

Resultat: Funn som kom frem i de åtte artiklene var av ulik art og påvirket livskvaliteten deres på forskjellige måter. Noen rapporterte fysiske utfordringer som for eksempel endret utseende, fatigue og søvnløshet. Psykiske utfordringer som kom frem var blant annet angst og redusert kognitiv funksjon. Mange fortalte også om utfordringer når det kom til deltagelse i sosiale settinger. Noen få positive aspekter kom også frem i noen av artiklene hvor det ble beskrevet at de kreftoverlevende fikk et nytt syn på livet og økt personlig styrke. Høy eller lav alder ved diagnosetidpunkt viste seg også å kunne være en påvirkende faktor.

Konklusjon: Seneffekter etter kreftbehandling kan påvirke livskvaliteten til kreftoverlevende. Måten livskvaliteten blir påvirket på kan være av fysisk, psykisk og sosial art, men det ble også avdekket at noen sosiodemografiske faktorer kan spille en rolle. I noen tilfeller kan kreftoverlevende oppleve at kreftsykdom og -behandling har en positiv innvirkning på livet deres.

Abstract

Aim: The aim of this study was to summarize data from literature and a few selected scientific articles about how late-effects following cancer treatment can affect the quality of life among cancer survivors.

Method: This study is a systematic literature study, which means a systematic search with clarified keywords has been completed. The articles included in this study were thoroughly analysed to accentuate how cancer survivors experiences late-effects in regards to quality of life.

Results: The findings that were uncovered in these articles were of different nature and affected the quality of life in different ways. Some reported physical challenges such as changed appearance, fatigue and insomnia. Among the psychological challenges that were unveiled were anxiety and cognitive issues. Many also recounted difficulties when it came to social settings. There were a few positive aspects that also came to be known. Some cancer survivors had a changed perspective of life and increased personal growth. Age at time of diagnosis also seemed to be a contributing factor.

Conclusion: Late-effects following cancer treatment can affect the quality of life among cancer survivors. How it was affected could be of physical, psychological or social nature, but there were also a few socio-demographic factors that could influence the situation. In some cases the cancer survivors experienced a positive impact on life.

Kreftfri, men ikke frisk.

(Kreftforeningen og Brystkreftforeningen, u.å.)

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	11
1.1	Problemstilling.....	11
1.2	Begrepsavklaring	12
1.3	Avgrensning	12
2	Teoretiske perspektiver	13
2.1	Kreftbehandling	13
2.2	Seneffekter	14
2.3	Livskvalitet	15
3	Metode.....	17
3.1	Datasamling, samt inklusjons-/eksklusjonskriterier	17
3.2	Analyse av datamateriale.....	18
3.3	Kvalitetsvurdering.....	19
3.4	Etisk vurdering	19
4	Resultat	20
4.1	Seneffektene etter kreftbehandling kan føre til redusert livskvalitet	20
4.1.1	Fysiske utfordringer og livskvalitet.....	20
4.1.2	Kognitive og/eller psykiske utfordringer og livskvalitet	21
4.1.3	Sosiale og/eller emosjonelle utfordringer og livskvalitet	22
4.2	Tross seneffekter opplever noen kreftoverleverere positiv innvirkning på livet ...	22
4.2.1	Positive aspekter	22
4.2.2	Takknemmelighet og positiv livserfaring.....	23
4.3	Enkelte sosiodemografiske faktorer kan bidra til å påvirke livskvalitet etter kreftbehandling.....	23
4.3.1	Alder.....	23
4.3.2	Jobb og inntekt	24
5	Diskusjon	25
5.1	Diskusjon av metode.....	25
5.2	Diskusjon av resultater.....	25
5.2.1	Seneffektene etter kreftbehandling kan føre til redusert livskvalitet	26
5.2.2	Tross seneffekter opplever noen kreftoverleverere positiv innvirkning på livet	28
5.2.3	Enkelte sosiademografiske faktorer kan bidra til å påvirke livskvalitet etter kreftbehandling	29
5.3	Konsekvens for sykepleie.....	30
6	Konklusjon	31

6.1	Veien videre.....	31
	Litteraturliste.....	32

Vedlegg 1: Tabell over søkehistorikk

Vedlegg 2-9: Litteraturmatriser

1 Introduksjon

Ifølge Folkehelseinstituttet ble 2017 det første året hvor kreft gikk forbi hjerte-/og karsykdommer som hyppigste dødsårsak i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Selv om det dør flere mennesker av kreft i dag enn andre sykdommer, blir også tre ganger så mange krefttilfeller diagnostisert. På grunn av dette, og stadig bedre behandling, er det også flere mennesker som overlever kreftsykdommen. Siden flere kreftpasienter overlever får også flere mennesker seneffekter som de må leve med resten av livet, og disse gir ofte daglige utfordringer (Bærheim, 2018, s.125).

Informasjon hentet fra Folkehelseinstituttet viser at ca. 70% av kreftpasientene overlever i minst fem år etter diagnosetidspunktet (Folkehelseinstituttet, 2018), noe som samsvarer med statistikken vi finner fra Kreftregisteret. Kreftregisteret viser at det var hele 33564 nye tilfeller av kreft i 2017 (Kreftregisteret, 2019), og dødsårsaksregisteret presiserer at kreftsykdom tok 10894 menneskeliv samme året (Folkehelseinstituttet, 2018).

På grunn av økende kunnskap om seneffekter hos kreftoverlevende er det nå mulig å forbedre tiltak med tanke på både forebygging og behandling av disse seneffektene. I etterkant av «Nasjonal kreftstrategi 2013-2017, Sammen – mot kreft», utarbeidet Helsedirektoratet en rapport som belyser både råd og anbefalinger knyttet til seneffekter (Helsedirektoratet, 2017, s. 2).

Hensikten med denne oppgaven er å belyse problematikken rundt disse seneffektene og utfordringene de skaper for kreftoverlevende. Dersom man retter fokus mot dette vil det øke kunnskap blant helsepersonell som skal yte helsehjelp, så vell som hos mennesker som er i daglig kontakt med kreftoverlevende gjennom familiære relasjoner, jobb eller sosiale settinger. Dette vil i sin tur kunne bidra til at kreftoverlevende kan få en bedre hverdag og livskvalitet, gjennom blant annet forståelse og tilrettelegging, til tross for seneffekter.

Personlig er dette et tema jeg ønsker at det skal bli mer oppmerksomhet rundt da begge mine foreldre er kreftoverlevende. Jeg har derfor sett med egne øyne hvordan seneffekter preger deres hverdag og livskvalitet, og hvordan frustrasjon oppstår når man for eksempel ikke kan få den hjelpen man trenger hos helsepersonell på grunn av manglende kunnskap.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen til denne oppgaven er:

«Hvordan påvirker seneffekter etter kreftbehandling livskvaliteten til kreftoverlevende?»

1.2 Begrepsavklaring

Ordet «sensskader», «seneffekter» og «senkomplikasjoner» er ofte brukt om hverandre, men omfatter det samme. I faglitteraturen, samt i vitenskapelige artikler og tidsskrifter, brukes tilsynelatende ordet «seneffekter», og det er dette ordet som derfor blir brukt i denne oppgaven.

Det har blitt diskutert om ordet «kreftoverlevende» er en god eller dårlig betegnelse å bruke for denne gruppen mennesker. Noen vil føle det er en god betegnelse ved at de kan identifisere seg med noen som har overlevd noe livstruende, men andre ønsker kanskje ikke å bli merket som en del av en spesifikk gruppe mennesker. På grunn av mangel på noe bedre, har jeg likevel valgt å bruke dette ordet i denne oppgaven, da jeg synes det er et sterkt og beskrivende ord.

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å ikke begrense problemstillingen til en bestemt type kreft, kjønn eller en spesifikk aldersgruppe da jeg ønsker å få med informasjon fra flest mulige pasientgrupper. Dette gjorde jeg også for å vise at mange av de som overlever kreftbehandling, uansett krefttype og alder, sliter med seneffekter. Oppgaven er begrenset til et pasientperspektiv, og jeg har derfor valgt å utelukke vitenskapelige artikler som baserer seg kun på sykepleier- eller pårørendeperspektiv.

2 Teoretiske perspektiver

I dette delkapittelet vil det presenteres teori om kreftbehandling, seneffekter og livskvalitet.

2.1 Kreftbehandling

Kreftbehandlingen man tilbyr i Norge i dag består av tre ulike metoder. De er henholdsvis kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling (Fosså og Kiserud, 2013, s. 45) .

Kirurgisk behandling går ut på å fjerne svulsten ved operasjon, men at den lar seg fjerne i sin helhet lar seg kun gjøre dersom svulsten er avgrenset og at kreften ikke har metastasert, det vil si spredd seg til et annet sted i kroppen (Kreftforeningen, u.å. A). Metastaser skjer oftest i forbindelse med lymfeknuter som ligger nært kreftsvulsten og ved kirurgisk behandling er det derfor vanlig å fjerne disse i tillegg til svulsten. Man har den beste forutsetning for helbredelse dersom svulsten er avgrenset og kan fjernes i sin helhet. I noen tilfeller benyttes kirurgi som en del av palliativ behandling dersom det kan lindre smerter og ubehag hos pasienten, eller når det kan gi livsforlengelse. (Fosså mfl, 2013, s. 34-35).

Dersom det har oppstått spredning av kreften ved oppdagelsestidspunkt, blir pasientene tilbudt det man kaller kombinasjonsbehandling. I disse tilfellene vil man gi strålebehandling eller cellegift i forkant av den kirurgiske behandlingen. Håpet med dette er at svulsten skal krympe slik at sjansen for å fjerne den ved kirurgi blir større (Kreftforeningen, u.å. A).

Strålebehandling, også kjent som radioterapi, er noe omtrent halvparten av kreftpasientene trenger i løpet av behandlingsforløpet. Ved strålebehandling skades cellens arvestoff og dette medfører at kreftcellene mister sin evne til å dele seg og/eller dør. Antall strålebehandlinger per uke er avhengig av kreftsvulstens karakteristika. Strålebehandlingen har lokal effekt ved at den siktes inn mot selve kreftsvulsten. Man prøver å unngå, så langt det lar seg gjøre, at strålene treffer for mye friskt vev som ligger rundt kreftsvulsten. Det er umulig å unngå at friskt vev rammes av strålingen, og pasientene opplever derfor ofte akutte bivirkninger i forbindelse med strålingen. I mange tilfeller kan prosesser iverksatt av strålingen fortsette i lang tid og føre til helseproblemer og seneffekter 10-30 år etter behandlingsslutt (Fosså mfl, 2013, s. 36-39).

Ved medikamentell behandling av kreftsykdom er det et ønske at behandlingen skal ha en systemisk effekt, fremfor en lokal effekt. Det vil si at behandlingen skal påvirke hele kroppen fremfor en bestemt plass. Behandlingsmetoden kan brukes i kombinasjon med andre behandlingmetoder til pasienter uten metastaser, men som regel gis det til pasienter med påviste metastaser. I noen tilfeller kan behandlingen være helbredende, og i andre tilfeller brukes den med tanke på palliasjon. Medikamentell behandling kan for eksempel innebære cellegift eller hormonbehandling (Fosså mfl., 2013, s. 39-41).

Cellegift, eller cytostatika, brukes for å drepe selve kreftsvulsten ved at dens evne til å formere seg blir ødelagt. Cellegiften påvirker alle kroppens celler og har systemisk effekt, men siden friske celler har større evne til å reparere skader som oppstår på DNA vil de tåle cellegiften bedre enn kreftcellene (Kreftforeningen, u.å. B). Ved cellegiftbehandling får pasientene skreddersydde «blandinger», og det varierer om vedkommende får behandlingen én gang i uken eller for eksempel hver tredje uke. Ved cellegiftbehandling opplever de fleste akutte bivirkninger, og hos mange kan det oppstå seneffekter etter endt behandling (Fosså mfl., 2013, s. 39-41).

Hormonbehandling er også en form for medikamentell behandling. Dette går ut på at enkelte kreftformer baserer seg på at kreftcellene får tilført kjønnshormoner. Ved disse kreftformene fjernes den vekststimulerende virkningen av kjønnshormonet (Fosså mfl., 2013, s. 39-41). For eksempel ved brystkreft vil pasientene få tilbudt hormonbehandling. Dette er fordi disse svulstene kan være ekstra følsomme for hormoner, og at den benytter seg av østrogen og progesteron for å formere seg. Hormonbehandlingen vil bidra med å stanse hvordan hormoner påvirker kroppen og kreftsvulsten, og på denne måten vil behandlingen hindre at kreftcellene formerer seg. Det er vanlig at disse pasientene mottar hormonbehandling i 5-10 år etter operasjonen (Brystkreftforeningen, u.å.).

Hos noen pasienter anbefales det å gi cellegift og/eller strålebehandling i etterkant av en operasjon. Dette gjøres for å redusere risiko for at kreften skal komme tilbake (Kreftforeningen, u.å. A).

2.2 Seneffekter

Bivirkninger er uønskede effekter av en behandling eller et legemiddel. Dersom bivirkningene varer lengre enn et år, eventuelt oppstår et år eller mer etter endt behandling, betegnes disse som seneffekter (Fosså og Kiserud, 2013, s. 45). Enkelte mennesker som har gjennomgått kreftbehandling kan oppleve at seneffekter oppstår hele 20-30 år etter endt behandling, og hos de som har hatt kreft som barn kan de oppstå 30-40 år etter at behandlingen er avsluttet. Seneffekter er ikke nødvendigvis alvorlige, men oppleves som plagsomme og belastende på den måten at de kan påvirke livskvaliteten. I noen tilfeller kan seneffektene ha alvorlige langtidsfølger (Kreftforeningen, u.å. C). En vanlig seneffekt som kan sees hos mange kreftoverlevende er fatigue, og dette gjør at personen opplever utmattelse i stor grad. Andre seneffekter som påvirker hverdagen hos mange av disse menneskene er gonadedysfunksjon og infertilitet, redusert følelse i armer og bein, beinskjørhet, kroniske smerter, angst, depresjoner, søvnvansker og kognitive problemer. Personligheten kan også påvirkes på den måte at man får en høyere grad av bekymring enn det man hadde før kreftsykdom. Seneffektene kan altså være både av fysisk eller psykisk art, samt ha forskjellige alvorlighetsgrader. Det kan også variere hvordan disse påvirker hver enkelt person (Helsedirektoratet, 2017, s. 9). Enkelte seneffekter kan være livstruende, og eksempler på dette er sekundær kreft og hjerte-/karsykdommer (Hess mfl., 2018, s. 20-21).

Strålebehandling kan føre til seneffekter ved det området som er bestrålt. Hos de som har fått stråling i forbindelse med brystkreft opplever 20% av pasientene å få lavt stoffskifte i etterkant av behandlingen (Nilsen, 2015). Siden stråling har lokal effekt,

påvirkes kun det vevet som blir truffet av strålene (Fosså mfl., 2013, s. 36-39), og man vil da kunne oppleve senefekter ut i fra hvilket område man har fått bestrålt. Ved stråling i området ved livmoren, kan dette gi problemer med graviditet da det kan bli vanskelig for embryoet å feste seg på en skadet livmorvegg. Slimhinnen i urinblæra og urinrøret kan bli irritert og gi plager som ligner urinveisinfeksjon, samt at skjeden hos kvinner kan bli irritert slik at d påvirker sexlivet. Stråling mot hode og hals kan gi redusert spyttproduksjon og dermed munntørrhet og svelgevansker. Høydosert strålebehandling kan også gi nedsatt muskelstyrke og bevegelighet i det området som er utsatt for stråling (Kreftforeningen, u.å. C).

Siden cellegift gir en systemisk effekt (virker på hele kroppen), vil det kunne gi senefekter deretter (Fosså mfl., 2013, s. 36-39). Vanlige senefekter etter cellegift kan være tretthet og fatigue, nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne, og angst/psykiske reaksjoner. Polynevropati er noe mange opplever i etterkant av cellegift. Dette er små skader på nerver som kan føre til smerter eller følelsesløshet, særlig i fingrer og tær. Det kan også føre til muskelsvakhet og balanseproblemer. Cellegiften kan også påvirke fertilitet, føre til en kunstig overgangsalder, samt gi hetetokter (Kreftforeningen, u.å. C). Noen former for cellegift kan medføre økt risiko for hjerte-karsykdommer da de påvirker funksjonen til hjertemuskulaturen. Hormonforandringer kan også være en senefekt fra både strålebehandling og cellegiftbehandling (Fosså og Kiserud, 2013 s. 49-50).

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet har flere betydninger. I noen tilfeller brukes ordet for å beskrive subjektive opplevelser hos et menneske, og dette kan være opplevelse av tilfredshet, mening og glede. I andre tilfeller er det objektive forhold man tenker på når man skal vurdere noens livskvalitet. Eksempler på slike objektive forhold er materielle livsbetingelser, arbeidsforhold og boforhold (Helsedirektoratet, 2018, s. 7-8).

Ifølge Siri Næss mfl. (2012, s 15), som er forsker ved NOVA-institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, defineres livskvalitet kort og greit som psykisk velvære og en opplevelse av å ha det godt. Når de går dypere inn i begrepet livskvalitet beskriver de at en persons livskvalitet handler om bevisst kognitive og affektive opplevelser, og om disse er positive eller negative. En vil anse at en person har høyere grad av livskvalitet dersom disse er positive, eller lavere grad dersom de er negative (Næss, 2012, s 18).

Livskvalitet er et ord som blir brukt for å beskrive grad av lykke og tilfredshet i livet. Her beskrives det og at man kan dele livskvalitet i en persons globale livskvalitet, helserelaterte livskvalitet og spesifikke livskvalitet. Den globale livskvaliteten beskriver gjerne en overordnet tilfredshet med livet, mens den helserelaterte livskvaliteten omfatter dimensjoner av fysiske, psykiske og sosiale forhold. Hos kreftoverlevende snakker man også om den spesifikke livskvaliteten. Dette forteller oss noe om helserelatert livskvalitet i forbindelse med krefttyper og bivirkninger. Mye tyder på at kreftoverlevende kan ha like god global livskvalitet som mennesker med samme kjønn og alder i befolkningen, men den helserelaterte livskvaliteten er ofte redusert ved sammenligning. Den reduserte helserelaterte livskvaliteten er grunnet i dårligere fysisk funksjon, smerter, kvalme, åndenød og dårligere sosial funksjon (Grov mfl., 2013, s. 152-159).

Ifølge Folkehelseinstituttet (Nes, 2017) er opplevelser av glede og mening, tilfredshet, trygghet og tilhørighet, samt følelsen av interesser, mestring og engasjement sentralt når man snakker om livskvalitet. Livskvalitet henger også blant annet sammen med god fysisk og psykisk helse, livsstil og sosiale funksjoner. Opplevd livskvalitet er gunstig i møte med livshendelser som er belastende for mennesker, og det er derfor en god verdi i seg selv. God livskvalitet kan altså være en god faktor mot psykisk sykdom, samt ha gunstig påvirkning for den fysiske helsetilstanden hos en person.

3 Metode

I dette kapittelet vil selvet søket og søkeprosessen presenteres. Her vil blant annet søkestrategi, kvalitetsvurdering og etisk vurdering belyses.

En systematisk litteraturstudie innebærer at man stiller seg et konkret spørsmål og formulerer en problemstilling man ønsker å finne svar på. En viktig faktor er at det finnes tilstrekkelig med gode studier som kan legge grunnlag for oppgaven. Deretter gjennomfører man et systematisk søk og analyserer forskningen før man sammenfatter informasjonen (Forsberg og Wengström, 2017, s. 27-30). Denne oppgaven er en forenklet versjon av en systematisk litteraturstudie og tar for seg flere ulike studier som er funnet gjennom et systematisk litteratursøk.

Det finnes kvalitative og kvantitative metoder. Ved kvalitativ metode ønsker man å belyse deltagerens meninger og opplevelser, mens ved kvantitativ metode er det data som kan bidra finne ut for eksempel gjennomsnitt eller prosent innad en gruppe mennesker. Begge disse metodene kan bidra til en bedre forståelse av et tema (Dalland, 2018, s. 52).

3.1 Datasamling, samt inklusjons-/eksklusjonskriterier

Etter å ha formulert en problemstilling var det tid for å gjennomføre et systematisk litteratursøk. Dette kan gjøres både i en database eller manuelt. For å sikre seg et godt og tilstrekkelig søk er det viktig å formulere relevante søkeord (Forsberg og Wengström, 2017, s. 63). I denne oppgaven har tre databaser blitt brukt, men kun artikler fra én database ble med i utvalget til oppgaven.

Konkrete inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier bidro til å velge ut de artiklene som var mest relevant for oppgaven. Artiklene måtte ha et pasientperspektiv, det vil si at dersom en artikkel kun inneholdt informasjon fra helsepersonell eller pårørende ble den ekskludert. Artiklene måtte omhandle seneffekter og/eller livskvalitet, det vil si at artiklene ble ekskludert dersom de kun tok for seg andre enkeltområder som for eksempel fysisk aktivitet, kartleggingsverktøy, jobb eller skole. Review-artikler valgt bort til fordel for originalartikler som passet oppgaven bedre.

Seks av artiklene som er valgt ut til denne oppgaven ble funnet i et søk på Cinahl Complete den 4. desember, 2018. Søkeordene som ble brukt var «cancer survivors», «quality of life» og «late effects», og de ble kombinert med den boolske operatoren «AND». På denne måten ble søket begrenset til et mer snevert resultat, da artiklene måtte inneholde alle de søkeordene som ble brukt. Ved hjelp av ulike filtre resulterte dette i 13 artikler, og filtrene som ble brukt var «fulltekst» og «peer reviewed», samt filter for språk ble satt til engelsk, norsk, svensk eller dansk. For begrense antall artikler ytterligere, ble søket avgrenset til artikler som var maksimalt 10 år gamle. Ved hjelp av

inklusions- og eksklusjonskriteriene, resulterte dette i seks artikler som ble valgt ut til oppgaven.

I etterkant av søket den 4. desember, 2018, ble det gjort et nytt søk for å finne de to siste artiklene som skulle være med i utvalget til denne oppgaven. Denne gangen ble det søkt i databasene Cinahl Complete, SveMed+ og Medline. Søkeordene som ble brukt denne gangen var «cancer survivors» og «activities of daily living», og de ble kombinert med den boolske operatoren «AND» for å begrense søkeresultatet. Det ble brukt de samme filtrere i dette søket som det første; «peer reviewed», «full text», og språkene norsk, engelsk, dansk og svensk, samt søket ble begrenset til å vise artikler som var maksimalt 10 år gamle. Her ble også de samme inklusions- og eksklusjonskriteriene brukt for å luke ut de mest relevante artiklene. Artiklene som ble funnet i SveMed+ og Medline ble valgt bort på grunn av disse kriteriene, eller fordi at artiklene som dukket opp i søket fra Cinahl Complete var de samme, nyere eller mer relevant med tanke på oppgavens problemstilling. I Cinahl Complete ble det totalt funnet 42 artikler den 17.12.2018. Etter vurdering av inklusions- og eksklusjonskriterier, samt gjennomgang av overskrifter og utvalgte sammendrag, falt valget til slutt på to artikler som ble med i utvalget til denne oppgaven.

Disse søkene resulterte i totalt åtte vitenskapelige artikler som legger grunnlag for denne oppgaven. Jeg valgte å inkludere både kvalitative og kvantitative studier, da jeg tenkte at begge varianter ville bidra til å belyse problemstillingen på en tilstrekkelig måte.

En tabell over selve søkene og antall artikler som ble funnet er vedlagt denne oppgaven (se vedlegg 1.). Litteratormatriser av de inkluderte artiklene er også vedlagt (se vedlegg 2-9).

3.2 Analyse av datamateriale

En analyse av datamaterialet er den store utfordringen innen kvalitativ forskning. Det innebærer å kunne gjøre store mengder datamateriale forståelig, for deretter å kunne minske volumet og finne et mønster i teksten (Forsberg og Wengström, 2017, s. 137). Analyse i seg selv betyr å dele inn i mindre deler. På denne måten kan man dele opp informasjonen og se nærmere på funnene i datamaterialet hver for seg. Deretter vil man ta fatt på syntesen, som betyr sette sammen disse delene til en ny helhet. Når man har gått gjennom materialet på nytt, kan man på en systematisk måte dele funnene i ulike hovedkategorier som man kan arbeide videre med (Forsberg og Wengström, 2017, s. 152).

I denne oppgaven er Evans (2002) sin analysemetode for å beskrive hvordan jeg gikk frem for å analysere informasjonen fra de åtte artiklene. Denne metoden besto av fire faser, og gikk ut på å samle inn studier, identifisere nøkkelfunn fra hvert studie, finne ut hvordan funnene kan relateres til hverandre og til slutt å finne en sammenheng for å beskrive fenomenet.

Den første fasen handler om å samle inn studier (Evans, 2002). Jeg startet ved at jeg samlet inn aktuelle vitenskapelige studier via utvalgte databaser. Det ble funnet mange artikler og åtte av disse ble valgt ut til oppgaven. Det ble gjort søk i tre ulike databaser, men kun artikler fra én database ble valgt ut til oppgaven. For å finne artiklene ble det brukt bestemte søkeord, samt inklusions- og eksklusjonskriterier.

Den andre fasen innebar å lese artiklene for å identifisere nøkkelfunnene (Evans, 2002). Artiklene ble skrevet ut, og funnene markert i ulike farger.

Den tredje fasen gikk ut på å sammenligne nøkkelfunnene fra de ulike artiklene (Evans, 2002). Etter å ha gått gjennom alle artiklene kunne de ulike funnene deles inn i ulike kategorier. Flere av studiene hadde mange av de samme funnene, men noen studier hadde også andre interessante funn. På denne måten kunne jeg notere meg ulike kategorier for å sortere funnene på en systematisk måte.

Den fjerde og siste fasen innebar å finne en sammenheng mellom funnene, slik at det de ulike kategoriene ble mer synlig (Evans, 2002). På denne måten kan man få en strukturert oversikt av de ulike funnene fra studiene. Det er disse kategoriene som vil bli presentert i resultatkapittelet.

3.3 Kvalitetsvurdering

Når man skal vurdere kvaliteten på de forskningsartiklene man har funnet bør man vurdere én og én artikkel ved hjelp av sjekklister som går over flere steg. Det må komme frem hva formålet med studiet er, samt hvilke resultater og funn studien har. Ellers bør en god kvalitetsvurdering inkludere vurdering av studiedesign, utvalg, målinger, analyse og diskusjon (Forsberg og Wengström, 2017, s. 104). For å kvalitetssikre artiklene som er inkludert i denne oppgaven ble sjekklister fra Forsberg og Wengström (2017) brukt. Siden det både er inkludert kvantitative og kvalitative artikler, ble det brukt sjekklister som var tilpasset de ulike variantene.

Artiklene er også kvalitetssikret med tanke på at de er publisert i vitenskapelige tidsskrifter som er fagfelleverdert. Dette ble også stadfestet ved et søk i Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. Dette er en tjeneste hvor tidsskriftene som hadde publisert det aktuelle studiet måtte ha nivå 1 eller 2 for å bli inkludert i utvalget til denne oppgaven. Dette sikrer at tidsskriftet blant annet har rutiner for ekstern fagfellevurdering, samt at de har en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjenester, u.å.).

3.4 Etisk vurdering

Siden studiene som er valgt ut til denne oppgaven innebærer mennesker, er det svært viktig at de anvender god etikk. Det er et krav at alle vitenskapelige studier tar hensyn til det som er etisk riktig, samt at de søker etisk komite om godkjenning (Forsberg og Wengström, 2017, s. 132).

Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer som alle innen forskningsetikk må forholde seg til. Dette gjelder over store deler av verden og denne ble sist revidert i 2013. I Helsinkideklarasjonen står informert samtykke svært sentralt (Førde, 2014), og alle artiklene som er valgt ut til denne oppgaven inneholder informasjon om at deltagerne har gitt sitt samtykke til å delta, samt at de har respektert de som ikke har ønsket å delta. Studiene brukt i denne oppgaven er alle godkjent av en etisk komite.

4 Resultat

Artiklene som ble funnet til denne oppgaven viser at mange av deltagerne opplever daglige utfordringer som har sammenheng med seneffektene etter kreftbehandlingen. Noen pasienter nevner også hvordan kreftsykdommen og behandlingen har påvirket livet deres i positiv retning.

Funnene fra studiene vil bli presentert i tre hovedkategorier med egne underkategorier. Hovedkategoriene er henholdsvis; 4.1 Seneffektene etter kreftbehandling kan føre til redusert livskvalitet, 4.2 Tross seneffekter opplever noen kreftoverlevende positiv innvirkning på livet og 4.3 Enkelte sosiodemografiske faktorer kan bidra til å påvirke livskvalitet etter kreftbehandling.

4.1 Seneffektene etter kreftbehandling kan føre til redusert livskvalitet

Alle åtte studiene viste til funn som tydet på redusert livskvalitet hos de kreftoverlevende. Etter å ha analysert studiene kunne disse funnene deles inn i tre underkategorier; 4.1.1 Fysiske utfordringer og livskvalitet, 4.1.2 Kognitive og/eller psykiske utfordringer og livskvalitet, og 4.1.3 Sosiale og/eller emosjonelle utfordringer og livskvalitet.

4.1.1 Fysiske utfordringer og livskvalitet

Daugaard mfl. (2017) ville se om det var en sammenheng mellom seneffekter dokumentert hos lege og de kreftoverlevendes opplevelse av livskvalitet. Deltagerne rapporterte livskvalitet ved hjelp av å vurdere fysisk funksjon, rollefunksjon, emosjonell funksjon, sosial funksjon og generell livskvalitet. Det viste seg at livskvaliteten var redusert hos alle deltagerne med svelge vansker. Hos deltagerne i studien til Hobbie mfl. (2016) ble det undersøkt hvordan ungdom og unge voksne opplevde livskvaliteten i etterkant av tumor i hjernen som barn. Fysiske plager som ble rapportert var hårtap, endret utseende, problemer med balanse og sensibilitet og underutviklet vev som følge av behandlingen.

I en norsk kohortstudie av Bentzen mfl. (2013) undersøkte de livskvaliteten hos kreftoverlevende som hadde fått cellegift som følge av kreft i endetarmen. Deltagerne i denne studien rapporterte særlig plager som fatigue, dyspnø, søvnløshet og diaré, og dette bidro til betydelig redusert livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg viste studien at noen av deltagerne hadde redusert sexlyst. Hos menn kom dette av impotens som en seneffekt etter kreftbehandlingen, og hos kvinner var det smerter ved samleie. Deltagerne i studien til Husson mfl. (2017) rapporterte også seneffekter som

fatigue og smerte, og de ble negativt assosiert med fysisk funksjon og livskvalitet. Pasientrapportert fatigue var også en seneffekt som kom frem i studien til Castellano-Tejedor mfl. (2015), i tillegg til muskel- og bevegelsesproblemer, synsforstyrrelser, hørselsproblemer, mageproblemer, nummenhet og smerter. Berg mfl. (2008) så på seneffekter hos mennesker som hadde hatt kreft som barn og livskvaliteten nå når de var blitt eldre. Hele 92% av deltagerne rapporterte at de opplevde seneffekter som smerter og nummenhet i beina og fatigue som resulterte i hyppige hvilestunder eller redusert deltagelse i aktiviteter og psykososiale problemer som depresjon.

I en studie av Fauske mfl. (2015) undersøkte de hvordan mennesker som hadde overlevd kreft i skjelettet opplevde seneffekter. Deltagernes svar viste at seneffektene påvirket livet deres med blant annet funksjonelle svekkelser. Disse svekkelsene gikk ut over daglige gjøremål, og dette innebar for eksempel dårlig balanse, nedsatt fysisk kapasitet og nedsatt mobilitet. En deltager sa blant annet «*Det er helt åpenbart at jeg er hjelpeløs. Jeg trenger helt klart mer hjelp*» (fritt oversatt) (Fauske mfl., 2015).

I studien til Zebrack mfl. (2008) var det også en gruppe deltagere som rapporterte verre fysisk helse og funksjon i etterkant av kreftbehandling, det ble derimot ikke spesifisert hva disse seneffektene var.

4.1.2 Kognitive og/eller psykiske utfordringer og livskvalitet

Noen av deltagerne i studien til Hobbie mfl. (2016) fremhever hvordan de opplevde at de ikke klarte å få innsikt i hvorfor de ikke fikk venner og hvorfor de ikke klarte å nå målene sine. Denne endringen i kognitiv funksjon påvirket livet deres på både direkte og indirekte måter. De direkte måtene som ble rapportert var for eksempel å lese instruksjoner eller arbeide med penger, noe som fort kunne bli utfordrende og frustrerende. De indirekte måtene som ble rapportert var at endret hukommelse og kom til uttrykk når i forbindelse med selvhjelp og utøvende funksjoner, og dette påvirket deres evne til selvhjelp. Deltagerne fra studien til Berg mfl. (2008) kunne også rapportere om kognitive utfordringer som dårligere hukommelse og dårligere konsentrasjonsevne i etterkant av kreftbehandlingen. Dette gikk utover jobben/skolearbeidet deres ved at de hadde vansker med å gjennomføre oppgaver, redusert korttidshukommelse, redusert beregningsferdigheter og konsentrasjonsvansker.

Noen av de kreftoverlevende i studien til Castellano-Tejedor mfl. (2015) nevner at de i tillegg til kognitive utfordringer opplevde både dårlig selvbilde og angst for at sykdommen kan komme tilbake. Én deltager fortalte i denne sammenhengen at «Når jeg får hodepine eller andre fysiske symptomer begynner jeg å bekymre meg for at sykdommen skal komme tilbake» (fritt oversatt) (Castellano-Tejedor mfl., 2015). Deltagere i studien til Fauske mfl. (2015) følte at deres identitet ble endret etter kreftbehandling. De opplever at mennesker rundt dem kun ser sykdommen som de har hatt og at de ikke blir sett på som frisk, men som funksjonshemmet. En deltager sa «Jeg er selvfølgelig definert som funksjonshemmet» (fritt oversatt) (Fauske mfl., 2015).

4.1.3 Sosiale og/eller emosjonelle utfordringer og livskvalitet

I studien til Daugaard mfl. (2017) kommer det frem at noen kreftoverlevende føler at heshet går ut over deres sosiale liv da stemmeproblemer kan påvirke forhold med familie og venner. Deltagerne i studien til Berg mfl. (2008) fortalte også at kreftrelaterte utfordringer påvirket livskvaliteten deres med tanke på sosiale settinger. På grunn av ledd- og muskelsmerter og angst for å ikke strekke til eller bli mobbet, følte de ikke at de kunne delta på ønskede sosiale aktiviteter.

Noen av deltagerne i studien til Fauske mfl. (2015) beskriver at de i etterkant av kreftbehandlingen har færre valgmuligheter og dermed endret framtidsutsikt. Dette kan være fordi det er umulig for mange av dem å delta i enkelte aktiviteter. De føler seg utelatt og deres sosiale liv bli påvirket av seneffekter som fatigue og smerte. Ene deltageren sier at «*Jeg tilbringer mindre tid med venner enn det jeg gjorde før. Det er trist. Jeg føler at det er smerten som er mitt største problem*» (Fauske mfl., 2015). Studien til Hobbie mfl. (2016) viste lignende resultater da flesteparten av de kreftoverlevende rapporterte at sosiale settinger ga de største utfordringene. De hadde ofte problemer med å finne venner eller en kjæreste. Ensomhet var heller ikke uvanlig. Dette samsvarer med funnene fra studien til Castellano-Tejedor mfl. (2015) hvor deltagerne beskriver at de ofte har vansker med å forholde seg til andre mennesker og det faktum at de ikke lengre kan utføre de aktivitetene de ønsker.

Deltagere i studien til Hobbie mfl. (2016) beskriver det som tungt at de hadde innsett at de var avhengige av hjelp fra andre til å utføre enkelte daglige gjøremål, og at dette påvirket deres emosjonelle status. Hos Husson mfl., (2017) ble det også rapportert om funn som viste at de kreftoverlevende følte at deres emosjonelle funksjon var påvirket av seneffektene.

4.2 Tross seneffekter opplever noen kreftoverlevende positiv innvirkning på livet

To av studiene (Castellano-Tejedor mfl., 2015; Fauske mfl., 2015) viste at noen av de kreftoverlevende erfarte at deres opplevelse av sykdommen og behandlingen hadde påvirket livet deres på en positiv måte til tross for seneffekter. Disse funnene vil bli presentert i underkategoriene 4.2.1 Positive aspekter og 4.2.2 Takknemmelighet og positiv livserfaring.

4.2.1 Positive aspekter

I en studie av Castellano-Tejedor mfl. (2015) fant de både positive og negative aspekter i etterkant av kreftbehandling som påvirket livskvalitet til de kreftoverlevende. De positive aspektene som ble rapportert innebar endret persepsjon av livet (mening og prioriteter), positiv selvoppfatning (modenhet, optimistisk, personlig styrke), positiv interaksjon med andre og empati, samt praktisk livserfaring. Deltagerne beskrev dette som at de følte seg mer moden og at de hadde mer selvtillit. De uttrykte også at de

hadde blitt mer bevisst på livets mening. Ene deltageren fortalte at «Jeg føler meg mer moden enn vennene mine og har mer selvsikkerhet» (fritt oversatt) (Castellano-Tejedor mfl., 2015).

4.2.2 Takknemmelighet og positiv livserfaring

De yngre deltagerne i studien til Fauske mfl. (2015) kunne fortelle at deres opplevelse av sykdommen og behandlingen har hatt en positiv innvirkning på dem som mennesker, til tross for fysiske plager. Noen av dem var takknemlig for den positive opplevelsen de satt igjen med etter endt behandling, og at kreftsykdommen hadde mer positive konsekvenser enn negative. En deltager fortalte at «*Selv om jeg sitter i rullestol og har mange dårlige dager, tror jeg at min opplevelse av kreftsykdom og kreftbehandling har i bunn og grunn vært nyttig for meg*» (fritt oversatt) (Fauske mfl., 2015). Hos Castellano-Tejedor mfl. (2015) kunne det også tyde på at noen deltagere så på sykdommen og behandlingen som en gunstig livserfaring og at dette påvirket deres livsperspektiv. En deltager fra denne studien sa «Vanligvis tenker jeg til tross for alt, har jeg klart å overleve, og noen ganger husker jeg på de som ikke var like heldige» (fritt oversatt) (Castellano-Tejedor mfl., 2015).

4.3 Enkelte sosiodemografiske faktorer kan bidra til å påvirke livskvalitet etter kreftbehandling

I studiene av Husson mfl. (2017), Fauske mfl. (2015) og Zebrack mfl. (2008) fant de noen sosiademografiske faktorer som kunne bidra til å påvirke de kreftoverlevendes livskvalitet i etterkant av kreftbehandling. Disse funnene vil bli presentert i underkategoriene 4.3.1 Alder og 4.3.2 Jobb og inntekt.

4.3.1 Alder

I tre av studiene (Husson mfl., 2017; Fauske mfl., 2015; Zebrack mfl., 2008), nevnes særlig alder som en faktor. Studiene viste at for eksempel høyere alder kunne være gunstig i noen aspekter og mindre gunstig i andre, og det samme gjaldt de yngre.

Ifølge studien til Zebrack mfl. (2008) rapporterte de kreftoverlevende med høyere alder en signifikant større sannsynlighet for å ha bedre psykisk helse enn de som var yngre. Den forteller også at de med lavere alder på diagnosetidspunkt rapporterte signifikant bedre fysisk helse enn de som var eldre, og det ble fremhevet at dette kunne være på grunn av færre helseplager ved diagnosetidspunkt enn de eldre. Fauske mfl. (2015) beskriver i sin studie at de yngre deltagerne uttrykte større bekymring med tanke på endret identitet. Ene deltagerne uttrykte her at hans identitet og liv handlet om et aktivt utendørsliv, og etter kreften sier han «*Jeg er ikke lengre en utendørsmann (...) Jeg har ingenting, jeg gjør ingenting*» (fritt oversatt) (Fauske mfl., 2015). I studien til Husson

mfl. (2017) nevnes også at de som hadde høyere alder rapporterte verre skår når det kom til kognitive og sosiale funksjoner.

4.3.2 Jobb og inntekt

Studiene av Zebrack mfl. (2008), Fauske mfl. (2015) og Husson mfl. (2017) nevnes også inntekt som en påvirkende faktor til livskvalitet etter endt kreftbehandling.

I studien til Zebrack mfl. (2008) kunne man se at de kreftoverlevende som hadde jobb oftere rapporterte bedre fysisk helse. Dette samsvarte med hva de deltagerne med lavere inntekt rapporterte dårligere fysisk helse. Man kunne også se at de eldre deltagerne beskrev bedre psykisk helse og verre fysisk helse enn de som var yngre.

Ut i fra det deltagerne i studien til Husson mfl. (2017) fremhever, kan man se at de kreftoverlevende ofte hadde lavere utdanning og mer økonomiske problemer enn andre mennesker med samme kjønn og alder. Det ble også lagt til at deltagerne som forble i jobb under kreftbehandlingen, eller startet i jobb igjen snart etter endt kreftbehandling, mest sannsynlig hadde mindre problemer med å opprettholde en viss normalitet i hverdagen. Dette samsvarer med noen av funnene i studien til Fauske mfl. (2015) hvor deltagerne beskrev at når man ikke er jobb er det lett å bli utelatt fra mange viktige aspekter i livet. Det å ikke få jobb, eller miste sin tidligere jobb, kan føre til at man føler seg isolert. Flere deltagere hevdet at det å ha en jobb var viktig for deres identitet. En kreftoverlever fortalte at «*Jeg trenger en jobb eller noe lignende å gå til, hvis ikke vil angsten komme tilbake*» (fritt oversatt) (Fauske mfl., 2015).

5 Diskusjon

I dette delkapittelet vil det bli presentert ulike diskusjoner inndelt i underkapitlene 5.1 Diskusjon av metode, 5.2 Diskusjon av resultat og 5.3 Konsekvens for sykepleie

5.1 Diskusjon av metode

Temaet og problemstillingen var klar allerede i oppstartsfasen til oppgaven, og fokuset var pasientperspektiv. På denne måten ble det kommet raskt i gang med å finne gode søkeord og litteratur som kunne bidra til en god besvarelse. Det ble laget en plan med oversikt over frister og planlagt progresjon. Veiledning og seminarer med opponent- og respondentroller har bidratt med konstruktiv kritikk og gode råd på veien til ferdigstilt oppgave. Metodedelen i seg selv bygger på det Forsberg og Wengström (2017) sier i sin bok. Analysemetoden som ble brukt til å undersøke de ulike artiklene er basert på den Evans (2002) beskriver. Ved hjelp av denne metoden er man sikret en grundig gjennomgang av studiene, og dette styrker oppgaven.

Artiklene i denne oppgaven ble funnet ved hjelp av kun to søkestrenger og noen filtre. Dette kan bli sett på som en svakhet siden det antagelige finnes flere relevante artikler enn de som var med i utvalget til denne oppgaven. I tillegg er det verdt å nevne at det kun er søkt i tre databaser (Cinahl Complete, SveMed+ og Medline), og dette kan også være en svakhet siden det finnes flere databaser som kanskje inneholder andre aktuelle artikler. To av de inkluderte studiene er norske, og kan derfor ansees som svært relevant og en styrke for oppgaven.

En annen styrke med denne oppgaven er at på grunn av strenge inklusjon- og eksklusjonskriterier er ingen artikler med unødvendige faktorer inkludert, og kun artikler med relevant informasjon er tatt i betraktning. Gjennom disse kriteriene er de utvalgte artiklene ikke eldre enn 10 år. Artiklene er også nøye lest, kvalitetsvurdert, samt alle studiene var godkjent av en etisk komite.

Noe som kan bli sett på som både en styrke eller en svakhet, er at det søkene ikke har vært avgrenset for kjønn, alder, krefttype eller kreftbehandling. Dette valget ble tatt for å vise at seneffekter kan påvirke livskvaliteten til kreftoverlevende uavhengig av disse faktorene.

5.2 Diskusjon av resultater

Som nevnt i resultatkapittelet hadde alle åtte artiklene funn som tydet på redusert livskvalitet hos de kreftoverlevende. Årsaken til denne reduksjonen syntes å være på grunn av fysiske faktorer, psykiske og kognitive faktorer, samt sosiale og emosjonelle

faktorer (Daugaard mfl., 2017; Bentzen mfl., 2013; Fauske mfl., 2015; Hobbie mfl., 2016; Husson mfl., 2017; Castellano-Tejedor mfl., 2015; Berg mfl., 2008; Zebrack mfl., 2008). Tre artiklene nevner derimot også aspekter som noen av de kreftoverlevende i sin studie anså som positivt (Castellano-Tejedor mfl., 2015; Fauske mfl., 2015; Zebrack mfl., 2008). Hvorvidt funnene fra de inkluderte studiene i denne oppgaven er pålitelige kan bekreftes av deres omfang, samt grundige kartlegging og undersøkelser.

De ulike studiene i dette utvalget er utført i forskjellige land. Tre studier er gjennomført i USA (Hobbie mfl., 2016; Zebrack mfl., 2008; Berg mfl., 2008) og to studier er norske (Bentzen mfl., 2013; Fauske mfl., 2015). De resterende tre studiene er henholdsvis fra Nederland (Husson mfl., 2017), Danmark (Daugaard mfl., 2017) og Spania (Castellano-Tejedor mfl., 2015). På grunnlag av informasjon som kommer frem i studiene, samt etter å ha sammenlignet de seks studiene fra andre land med de to norske studiene, kan det trygt tenkes at de har internasjonal relevans og at man kan overføre funnene til den norske befolkning.

Resultatene vil diskuteres ut i fra hovedkategoriene, og bli presentert som 5.2.1 Seneffektene etter kreftbehandling kan føre til redusert livskvalitet, 5.2.2 Tross seneffekter opplever noen kreftoverlevende positiv innvirkning på livet, og 5.2.3 Enkelte sosiodemografiske faktorer kan bidra til å påvirke livskvalitet etter kreftbehandling. Resultatene vil bli drøftet i lys av teoretiske perspektiver som ble presentert i kapittel 2.

5.2.1 Seneffektene etter kreftbehandling kan føre til redusert livskvalitet

Som nevnt i kapittel 4 Resultater, viste alle åtte studiene til funn som kunne tydet på redusert livskvaliteten hos de kreftoverlevende.

Sju av de åtte utvalgte studiene fremhevet fysiske faktorer som påvirket livene til de kreftoverlevende. Nøyaktig hvilke fysiske plager som opptrådte var avhengig av hvilken krefttype og kreftbehandling de hadde mottatt, samt hvilken del av kroppen som var affisert av dette (Daugaard mfl., 2017; Hobbie mfl., 2016; Bentzen mfl., 2013; Husson mfl., 2017; Berg mfl., 2008; Castellano-Tejedor mfl., 2015; Fauske mfl., 2015).

Selv om flere av deltagerne i studien til Castellano-Tejedor mfl. (2015) rapporterte negative aspekter i etterkant av kreftbehandlingen, ble det ikke funnet en signifikant sammenheng mellom disse og livskvalitet, men kun statistiske tendenser til en sammenheng ($p=0,1$). De negative aspektene var henholdsvis kroppslige svekkelser og dysfunksjon og begrensninger innen aktiviteter. En annen studie som rapporterte flere fysiske utfordringer var studien fra Bentzen mfl. (2013). De hadde resultater som viste at de kreftoverlevende hadde betydelige lavere skår enn kontrollgruppen når det kom til punkter om livskvalitet. Her fant de at deltagerne rapporterte særlig verre plager som fatigue, dyspnø, søvnløshet og diaré ($p<0,001$), og dette bidro til signifikant redusert livskvalitet. Både strålebehandling cellegiftbehandling kan gi seneffekter som fatigue og søvnløshet (Kreftforeningen, u.å. C).

Daugaard mfl. (2017) sin studie viser til funn om legerapporterte seneffekter som dysfagi (vanskeligheter med å svelge), xerostomi (munntørrhet, nedsatt spyttproduksjon), heshet og fibrose (økt mengde bindevev ved utsatte områder). Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom svelgevansker av alle grader som var rapportert fra lege og de kreftoverlevendes opplevelse av livskvalitet. Særlig ved strålebehandling som

virker lokalt ved tumoren kan man se seneffekter fra omliggende friskt vev som er blitt bestrålt (Fosså mfl., 2013, s. 36-39), og ifølge Kreftforeningen er dette vanlige seneffekter etter strålebehandling mot hode- og halsregionen (Kreftforeningen, u.å. C).

Fatigue var en seneffekt som ble rapportert i flere studier (Castellano-Tejedor mfl., 2015; Husson mfl., 2017; Bentzen mfl., 2013; Berg mfl., 2008). Fatigue er følelsen av unormal trøtthet og manglende energi, samt utfordringer med hukommelse og konsentrasjonsevnen. Det er den seneffekten som oftest er rapportert hos kreftoverlevende, og man antar at 10-35% får fatigue som seneffekt etter kreftbehandling (Helsenorge, 2019). Dette stemmer overens med resultatene som kom frem i et par av artiklene hvor henholdsvis 24% og 28,9% av deltagerne rapporterte fatigue som en seneffekt (Berg mfl., 2008; Husson mfl., 2017).

I fire av studiene fremhevet de særlig kognitive og psykiske utfordringer som påvirket livskvaliteten til de kreftoverlevende (Hobbie mfl., 2016; Berg mfl., 2008; Castellano-Tejedor mfl., 2015; Husson mfl., 2017).

Collegift kan særlig påvirke en persons kognitive evner ved at vedkommende opplever seneffekter som redusert hukommelse, dårlige oppmerksomhet, læringsvansker, hukommelsestap, samt utfordringer med å finne ord og sette uttrykk på hva man tenker. Disse symptomene blir omtalt som «kjemohjerne» og årsaken er uklar (Kreftforeningen, U.å. B). I studien til Hobbie mfl., (2016) ble det presentert resultater som viste at konsekvensene av disse kognitive faktorene påvirket de kreftoverlevendes evne til selvhjelp og utførelse av daglige gjøremål, samt prosessen å gå fra å være barn til å bli voksen. Selv om alle faktorene spilte en rolle i deres livskvalitet var det de kognitive svekkelsene som hadde en signifikant sammenheng med deres potensiale til videre utvikling og dermed deres livskvalitet. Funnene i studien til Husson mfl. (2017) kunne også vise til signifikant verre verdier når det kom til kognitive funksjoner hos sine deltagere sammenlignet med den normative gruppen.

Studien til Castellano-Tejedor mfl. (2015) kunne vise til at hele 40% av deltagerne hadde kognitive utfordringer som førte til vansker i sosiale settinger og jobb-/skolesammenheng. Samtidig viste resultatene her at de negative aspektene i etterkant av kreftbehandling inkluderte psykologiske utfordringer også hos 40% av deltagerne. I resultatene til Berg mfl. (2008) kan man se at 29,3% av deltagerne opplever at humøret og psyken kunne påvirkes av bekymring om tilbakefall og sykehusangst. Ifølge kreftforeningen er bekymring, angst og uro bare noen av de psykiske reaksjonene som kan bli en utfordring for de som har gjennomgått kreftsykdom og kreftbehandling (Kreftforeningen, u.å D). Vanlige psykiske reaksjoner hos kreftoverlevende, er særlig angst for tilbakefall. Ellers kan man ofte se psykiske reaksjoner som vanskeligheter med å ta avgjørelser, søvnproblemer, angst, dårlig konsentrasjon og følelsen av å være nytteløs (Dahl, 2013, s. 135-137)

Sju inkluderte studier viste til sosiale og emosjonelle utfordringer som kunne påvirke livskvaliteten til kreftoverlevende (Daugaard mfl., 2017; Bentzen mfl., 2013; Berg mfl., 2008; Husson mfl., 2017; Hobbie mfl., 2016; Castellano-Tejedor mfl., 2015; Fauske mfl., 2015).

Daugaard mfl. (2017) viser til funn som tyder på at deltagerne i deres studie hadde lavere sosial funksjon etter kreftbehandling. Dette begrunnet de i de fysiske plagene de kreftoverlevende hadde fått. Dette stemmer overens med funnene i andre studier også. I studien til Bentzen mfl. (2013) hvor de beskriver det som viste en signifikant

sammenheng mellom funksjonssvekkelse og sosiale settinger ($p < 0,001$). Her stadfester de også at livskvaliteten var signifikant redusert sammenlignet med kontrollgruppen ($p < 0,001$). Husson mfl. (2017) viste også til funn som signifikant redusert sosial og emosjonell funksjon. Her ble også sett en tendens til at de kreftoverlevende sjeldnere fant en livspartner sammenlignet med kontrollgruppen. Næss mfl. (2012, s. 199-201) skriver at både familieliv og sosiale relasjoner er viktig for livskvaliteten, og at livskvaliteten har en tydelig sammenheng med hver enkeltes støtte fra personlige sosiale nettverk. Folkehelseinstituttet mener også at sosiale funksjoner spiller en sentral rolle når det kommer til god livskvalitet, sammen med blant annet psykisk og fysisk helse (Nes, 2017). Det kan derfor tenkes at de resultatene som viser en signifikant sammenheng mellom sosial rolle og livskvalitet er høyst relevant hos mange kreftoverlevende. I studien til Berg mfl. (2008) kunne de også fremheve at selv om flesteparten av de kreftoverlevende rapporterte om seneffekter som påvirket dagliglivet, var det kun én faktor som var signifikant med tanke på sammenheng med redusert livskvalitet; dette var sammenhengen mellom sosial deltagelse og livskvalitet ($p < 0,01$). Dette samsvarer med funn fra studien til Fauske mfl. (2015) som fremhever at deltagernes sosiale liv blir påvirket av seneffekter som fatigue og smerte. Castellano-Tejedor mfl. (2015) kunne også vise til en signifikant sammenheng mellom sosial støtte og livskvalitet ($p < 0,039$). I denne studien kunne de også rapportere om begrensninger når det kom til sosiale settinger, endret syn på kroppen og følelsen av tid man ikke får igjen på grunn av sykdom og behandling.

5.2.2 Tross seneffekter opplever noen kreftoverlevende positiv innvirkning på livet

Et annet tema som gikk igjen i et par av artiklene var at til tross for seneffekter var det noen av de kreftoverlevende som satt igjen med følelsen av at kreftsykdommen og -behandlingen hadde hatt en positiv innvirkning på livet deres (Castellano-Tejedor mfl., 2015; Fauske mfl. 2015).

I en studie av Castellano-Tejedor mfl. (2015) fant de både positive og negative aspekter i etterkant av kreftbehandling som påvirket livskvalitet til de kreftoverlevende. Resultatene deres viste fire positive og fem negative aspekter etter gjennomgått kreftbehandling. De positive aspekter innebar endret persepsjon av livet (mening og prioriteter), positiv selvoppfatning (modenhet, optimistisk, personlig styrke), positiv interaksjon med andre og empati, samt praktisk livserfaring. Blant de positive aspektene ble det funnet en signifikant sammenheng for fysisk velvære, humør og følelser, autonomi og sosiale støttespillere ($p = 0,05$) med generell livskvalitet (Castellano-Tejedor mfl., 2015). Fauske mfl. (2015) forteller at slike positive forandringer ofte kan bli sett på som posttraumatisk vekst og karakterisert som blant annet endret selvoppfatning og endret livsoppfatning. Særlig kan man se en slik posttraumatisk vekst hos de som var yngre ved diagnosetidspunkt. I følge kreftforeningen er det å tenke positivt, samt akseptere den situasjonen man er i, viktig for å kunne få en bedre hverdag under og etter kreftbehandling (Kreftforeningen, u.å. D). Noen ganger kan de kreftoverlevende ha et endret perspektiv på sin egen tilværelse slik at de opplever en bedre livskvalitet. De som har gjennomgått og opplevd kreftsykdom og behandling kan derfor vurdere sin livssituasjon på en annen måte enn de som ikke har hatt en slik utfordring som truer

deres fremtid. På grunn av dette er det flere kreftoverlevende som kan reise blikket og leve videre til tross for seneffekter (Groven mfl., 2013, s. 158).

5.2.3 Enkelte sosiodemografiske faktorer kan bidra til å påvirke livskvalitet etter kreftbehandling

Noen få artikler hadde også funn som tydet på at noen sosiodemografiske faktorer kan ha en innvirkning på hvordan livskvaliteten ble påvirket av kreftbehandlingen og seneffekter (Husson mfl., 2017; Fauske mfl., 2015; Zebrack mfl., 2008).

Zebrack mfl. (2008) fant i sin studie fant de ut at det var en sammenheng mellom negativ «impact of cancer» (IOC) skår og redusert livskvalitet ($p=0,0001$) hos kreftoverlevende. De delte resultatene hovedsakelig inn i fysisk helse, psykisk helse og livskvalitet. Når det kom til punktet om livskvalitet kunne man se at høyere alder hadde en signifikant sammenheng med bedre livskvalitet ($p=0,01$). Det ble diskutert om at en av grunnene til dette kunne være at de som var eldre ikke møtte samme kravene i arbeidslivet og at de ikke hadde små barn, som mange av de yngre kreftoverlevende hadde. Husson mfl. (2017) beskriver at alder ved diagnosetidspunkt var negativt assosiert med både kognitiv ($p<0,01$) og sosial funksjon ($p<0,05$) i etterkant av kreftbehandling, og at dette gjaldt de med høyere alder. Det ble fremhevet at dette kunne ha noe med høyere arbeidsrelatert og sosialt press ved diagnosetidspunkt enn det de med yngre alder hadde.

Zebrack mfl. (2008) skriver i sin studie at deltagerne med lav inntekt hadde en signifikant sammenheng med verre rapportert fysisk helse ($p<0,0001$), og at de som var ansatt i en jobb hadde større sannsynlighet for å ha bedre fysisk helse. Korsveien (2018, s. 42-43) beskriver det som er kreftbehandlingens paradoks. Dette paradokset forteller oss om mennesker som er på sitt aller sykeste etter lang tid med kreftbehandling, men hvor miljøet og omgivelsene rundt begynner å forvente at de skal komme tilbake til jobb og et normalt liv så snart denne behandlingen er over. Sannheten er at det er når kreftbehandling er over at man må begynne å finne ut hvordan veien blir videre. For noen kan denne prosessen være kort, og for andre kan den være lang. Det kan tenkes at siden Zebrack mfl. (2008) viste til funn som tyder på at det kan være en sammenheng mellom å ha jobb og bedre fysisk helse, bør det prioriteres å tilrettelegges slik at denne gruppen mennesker kan komme seg tilbake i arbeid så fort de er klar for det. Husson mfl. (2017) påpeker at til tross for de ikke fant en signifikant sammenheng mellom de kreftoverlevende og jobbstatus sammenlignet med den normative gruppen, kunne de fortelle at det å være arbeidsløs var sterkt assosiert med dårligere helserelatert livskvalitet. I studien til Fauske mfl. (2015) kommer det frem at til tross for følelsen av tap og usikkerhet om fremtiden, særlig med tanke på yrkesliv, er det å kunne beholde en jobb viktig for deres identitet.

Det finnes hjelpemidler man kan ha rett på for å gjøre arbeidet på arbeidsplassen lettere. På denne måten har kreftoverlevende en bedre sjans til å klare seg dersom de skal tilbake til arbeidslivet, til tross for redusert arbeidsevne (Gudbergsson, 2013, s. 235).

5.3 Konsekvens for sykepleie

I dag lever omlag 70% av de som får kreftsykdom i mist 5 år etter diagnostidspunktet (Folkehelseinstituttet, 2018). Mange av disse menneskene får plagsomme og smertefulle seneffekter etter avsluttet behandling. Siden seneffektene ofte oppstår en tid etter avsluttet behandling kan det være vanskelig for helsepersonell å avdekke og kartlegge disse. Det er også mange seneffekter det ikke finnes tilfredsstillende behandling for (Øverli, 2018, s. 122). Samtidig er det 70-80% av kreftoverlevende som føler de ikke har fått tilstrekkelig informasjon om seneffekter fra helsepersonell (Bærheim, 2018, s. 125). Det kan diskuteres hvorfor så mange mennesker føler de har et udekket informasjonsbehov. En stor grunn til dette kan være manglende kunnskap hos helsepersonell. For å kunne ivareta denne gruppen mennesker er det nødvendig at helsepersonell tilegner seg mer og bedre kunnskap om seneffekter og hvordan hverdagen til kreftoverlevende påvirkes av disse (Bærheim, 2018, s. 128).

Etter min mening er det viktig at det tas tak i denne problematikken både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Dersom kreftpasienter får bedre informasjon og opplæring i håndtering av seneffekter før/under behandling, kan det tenkes at det er større sannsynlighet for at de kan mestre disse dersom de dukker opp i etterkant av behandlingen. Når en person er ferdigbehandlet og ikke lengre har tilknytning til kreftavdelingen i spesialisthelsetjenesten, tenker jeg at det er svært viktig at helsepersonellet i kommunen tilegner seg god nok kunnskap til å kunne hjelpe denne gruppen mennesker til å kunne leve med seneffektene på best mulig måte.

I «Leve med kreft, nasjonal kreftstrategi 2018-2022» skriver Helse- og Omsorgsdepartementet at det økende antallet krefttilfeller er en utfordring. Det vil stille store krav til både kapasitet og kunnskap hos helsepersonell både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Videre forteller de at en viktig faktor i behandlingen skal være tilstrekkelig og kunnskapsrik informasjon, samt en god kommunikasjonsprosess med pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s.10-11).

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvordan seneffekter etter kreftbehandling påvirker livskvaliteten til kreftoverlevende. Etter grundig analyse av utvalgte vitenskapelige artikler kan det tyde på de fleste kreftoverlevende rapporterer seneffekter av ulike varianter som kan påvirke deres livskvalitet på en eller annen måte. Mange av disse seneffektene er fysiske utfordringer som blant annet fatigue, smerter, balanseproblemer, heshet, søvnløshet og mage-/tarmsymptomer. Funnene viser derimot også at det ikke kun er de fysiske seneffektene som kan påvirke livskvaliteten deres, men også særlig psykiske, kognitive og sosiale utfordringer som for eksempel depresjon, angst, redusert hukommelse og vansker med delta i sosiale settinger. Det kan også tyde på at noen kreftoverlevende erfarer at hele opplevelsen med kreftsykdom og behandling kan ha en positiv innvirkning på deres livstilværelse med tanke på at de får et nytt syn på livet og endret selvoppfatning, samt økt personlig styrke.

6.1 Veien videre

Stadig flere får en kreftdiagnose, og stadig flere overlever kreftsykdom og behandling. Mange av de kreftoverlevende sliter med daglige utfordringer som henger sammen med seneffektene de har fått som følge av dette, og det kan påvirke livskvaliteten deres i ulik grad. Jeg mener det trengs mer forskning på dette området, da dette er en gruppe mennesker som stadig øker i omfang. Det gjelder både hvordan man kan forebygge seneffekter før/under kreftbehandling og hvordan de som allerede lever med seneffekter kan få tilstrekkelig med hjelp slik at det ikke påvirker deres livskvalitet i like stor grad som det gjør den dag i dag.

Litteraturliste

- Bentzen, A.G., Balteskard, L., Wanderås, E.H., Frykholm, G., Wilsgaard, T., Dahl, O. Og Guren, M.G. (2013) Impaired health-related quality of life after chemoradiotherapy for anal cancer: Late effects in a national cohort of 128 survivors. *Acta Oncologica* [Internett], 52 (4), s. 736-744. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2013.770599>
- Berg, C., Neufeld, P., Harvey, A.D. og Hayashi, R.J. (2008) Late effects of childhood cancer, participation and quality of life of adolescents. *OTJR: Occupation, Participation & Health* [Internett], 29 (3), s. 116-124. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.3928/15394492-20090611-04>
- Brystkreftforeningen (u.å.) Behandling av brystkreft [Internett]. Oslo: Brystkreftforeningen. Tilgjengelig fra: <https://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/behandling#hormonbehandling> [Lest 11.04.19].
- Bærheim, A.L. (2018) Helsepersonell mangler kunnskap om seneffekter. *Tidsskriftet Sykepleien*, 106 (8), s. 125.
- Castellano-Tejedor, C., Eiroa-Orosa, F.J., Perez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., De Toledo, J.S. og Blasco-Blasco, T. (2015) Perceived positive and negative consequences after surviving cancer and their relation to quality of life. *Scandinavian Journal of Psychology* [Internett], 56 (3), s. 306-314. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12199>
- Dahl, A.A. (2013) Psykiske symptomer og lidelser. I: Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. red. *Kreftoverlevende*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.127-150.
- Dalland, O. (2018) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Daugaard, R., Kjaer, T., Johansen, C., Christiansen, J., Andersen, E., Nielsen, A.L. og Dalton, S.O. (2017) Association between late effects assessed by physicians and quality of life reported by head-and-neck cancer survivors. *Acta Oncologica* [Internett], 56 (2), s. 342-347. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1080/0284186X.2016.1267873>
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Internett], 20 (2), s. 22-26. Tilgjengelig fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf> [Lest 08.02.19].
- Fauske, L., Bruland, Ø.S., Grov, E.K. og Bondevik, H. (2015) Cured of primary bone cancer, but at what cost: a qualitative study of functional impairment and lost opportunities. *Sarcoma* [Internett], vol.2015, s. 1-10. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/484196>

Folkehelseinstituttet (2018) *Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge* [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/> [Lest 15.03.19].

Forsberg, C. Og Wengström, Y. (2017) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Lettland: Natur & Kultur.

Fosså, A., Hølmebakk, T., Smeland, S. og Fosså, S.D. (2013) En oversikt over kreftbehandling. I: Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. red. *Kreftoverlevende*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 27-43.

Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (2013) Medisinske problemer hos kreftoverlevende. I: Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. red. *Kreftoverlevende*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 44-58.

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen* [Internett]. Oslo: Etikkom. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> [Lest 10.05.19].

Grov, E.K., Loge, J.H. og Dahl, A.A. (2013) Livskvalitet. I: Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. red. *Kreftoverlevende*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 151-160.

Gudbergsson, S.B. (2013) Sosiale støtteordninger ved sykdom og dekning av helseutgifter. I: Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. red. *Kreftoverlevende*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 227-240.

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Leve med kreft, nasjonal kreftstrategi 2018-2022*. Strategi I-1184 B

Helsedirektoratet (2017) *Seneffekter etter kreftbehandling, faglige råd*. Rapport IS-2551. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2018) *Livskvalitet, anbefalinger for et bedre målesystem*. Rapport IS-2727. Oslo: Helsedirektoratet

Helsenorge (2019) *Fatigue etter kreft* [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/fatigue-hva-er-fatigue> [Lest 15.05.19].

Hess, S.L., Dahl, A.A. og Kiserud, C.E. (2018) Seneffekter etter kreftbehandling. *Tidsskriftet Sykepleien*, 106 (8), s. 20-21.

Hobbie, W.L., Ogle, S., Reilly, M., Barakat, L., Lucas, M.S., Ginsberg, J.P., Fisher, M.J., Volpe, E.M. og Deatrick, J.A. (2016) Adolescent and young adult survivors of childhood brain tumors. *Cancer Nursing* [Internett], 39 (2), s. 134-143. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000266>

Husson, O., Prins, J.B., Kaal, S.E.J., Oerlemans, S., Stevens, W.B., Zebrack, B., van der Graaf, W.T.A., og van de Poll-Franse, L.V. (2017) Adolescent and young adult (AYA) lymphoma survivors report lower health-related quality of life compared to a normative population: results from the PROFILES registry. *Acta Oncologica* [Internett], 56 (2), s. 288-294. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1080/0284186X.2016.1267404>

Korsveien, E.R. (2018) Tips for å komme tilbake i jobb. *Tidsskriftet Sykepleien*, 106 (8), s. 42-45.

- Kreftforeningen (u.å. A) *Kirurgi* [Internett]. Oslo: Kreftforeningen. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/kirurgi/> [Lest 11.04.19].
- Kreftforeningen (u.å. B) *Cellegift* [Internett]. Oslo: Kreftforeningen. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/> [Lest 11.04.19].
- Kreftforeningen (u.å. C) *Senskader* [Internett]. Oslo: Kreftforeningen. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/> [Lest 11.04.19].
- Kreftforeningen (u.å. D) *Psykiske reaksjoner* [Internett]. Oslo: Kreftforeningen. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/> [Lest 15.05.19].
- Kreftregisteret (2019) *Kreft i Norge* [Internett]. Oslo: Kreftregisteret. Tilgjengelig fra: https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft_i_Norge/ [Lest 22.03.19].
- Nes, R.B. (2017) *Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge* [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/> [Lest 09.05.19].
- Nilsen, L. (2015) *Lavt stoffskifte etter stråling* [Internett]. Oslo: Dagens Medisin. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2009/10/09/lavt-stoffskifte-etter-straling/> [Lest 11.05.19].
- Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (u.å.) *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler* [Internett]. Bergen: NSD. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier> [Lest 10.05.19].
- Næss, S. (2012) Språkbruk og definisjoner. I: Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. red. *Livskvalitet*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 15-51.
- Zebrack, B.J., Yi, J., Petersen, L. og Ganz, P.A. (2008) The impact of cancer and quality of life for long term survivors. *Psycho-Oncology* [Internett], 17 (9), s. 891-900. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1300>
- Øverli, B. (2018) Kreft setter spor lenge etter at behandlingen er over. *Tidsskriftet Sykepleien*, 106 (8), s. 122.

Vedlegg 1: tabeller over søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Cancer survivors (S1)	04.12.18	Cinahl Complete	3507			
Quality of life (S2)	04.12.18	Cinahl Complete	39875			
Late effects (S3)	04.12.18	Cinahl Complete	409			
S1+S2+S3	04.12.18	Cinahl Complete	15			
S1+S2+S3 Inkl. filtre	04.12.18	Cinahl Complete	13	13	4	6

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Cancer survivors (S1)	17.12.18	Cinahl Complete	8868			
Activities of daily living (S2)	17.12.18	Cinahl Complete	56933			
S1 + S2	17.12.18	Cinahl Complete	124			
S1 + S2 Inkl. filtre	17.12.18	Cinahl Complete	42	18	4	2

Vedlegg 2-9: Litteratormatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Fauske , L., Bruland, Ø.S., Grov, E.K. og Bondevik, H. (2015) Cured of primary bone cancer, but at what cost: a qualitative study of functional impairment and lost opportunities. <i>Sarcoma</i> [Internett], vol.2015, s. 1-10. Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.1155/2015/484196</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske hvordan tidligere kreftpasienter opplever fysiske og psykiske seneffekter, 3-7 år etter kreftbehandling</p>	<p>Ikke tilgjengelig i artikkelen.</p> <p>Hovedtemaene var:</p> <p>Osteosarcoma</p> <p>Cancer survivors</p> <p>Quality of life</p> <p>Functional status</p>	<p>Av 12 mulige deltagere var det 10 som takket ja til å være med på studien. Sju menn og tre kvinner mellom 18 og 60 år. Diagnosetidspunkt var mellom 2004 og 2009.</p> <p>Alle deltagere ble intervjuet om hvordan de opplevde å få en kreftdiagnose og behandling, samt funksjonelle, praktiske, psykologiske og emosjonelle konsekvenser og hvordan dette har endret dem som person. Intervjuene varte i gjennomsnitt i 66 minutter.</p> <p>Intervjuene ble analysert og organisert i kategorier.</p>	<p>Studien viste at det var både somatiske og psykiske konsekvenser og utfordringer for denne pasientgruppen. Disse seneffektene påvirker både deres fritid og arbeidstid.</p> <p>Studien konkluderte med at denne pasientgruppen har en funksjonell svekkelse som gir daglige utfordringer, eksuderinger og tap av identitet.</p>	<p>Denne artikkelen gir meg informasjon om hvilke utfordringen denne pasientgruppen møter i hverdagen, og hvordan dette også påvirker deres identitet.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
Husson, O., Prins, J.B., Kaal, S.E.J., Oerlemans, S., Stevens, W.B., Zebrack, B., van der Graaf, W.T.A., og van de Poll-Franse, L.V. (2017) Adolescent and young adult (AYA) lymphoma survivors report lower health-related quality of life compared to a normative population: results from the PROFILES registry. <i>Acta Oncologica</i> [Internett], 56 (2), s. 288-294. Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.1080/0284186X.2016.1267404	Hensikten med dette studiet var å undersøke forskjellene på helserelatert livskvalitet mellom ungdom og unge voksne som har overlevd lymfoma og den normale befolkningen. Ut i fra dette ville man kunne se på sosiodemografiske, kliniske og langtids symptomrelaterte faktorer assosiert med helserelatert livskvalitet.	Ikke tilgjengelig i oppgaven. Hovedtemaene var: Lymphoma Cancer survivors Quality of life	Studien var en del av en langtids og populasjonsbasert undersøkelse. Den så på ungdommer og unge voksne som har overlevd lymfoma, og som ble diagnostisert mellom 1999 og 2012. På diagnosetidspunktet var deltagerne mellom 18-39 år. De ble sammenlignet med normalbefolkning av samme kjønn og alder på HRQoL og psykologisk stress (HADS). Datasamlingen ble gjort via Patient Reported Outcome Following Initial treatment and Long-term Evaluation of Survivorship (PROFILES). Informasjon om den normative befolkningen ble hentet fra CentERpanel. HRQoL=health related quality of life (helselatert livskvalitet)	198 lymfoma-overlevende (58%) ble med på studien. Ifølge undersøkelsen hadde denne pasientgruppen signifikant dårligere HRQoL innenfor flere områder ($p < 0,05$). I tillegg ble det sett at færre mennesker i denne pasientgruppen hadde ektefeller sammenlignet med den normative befolkningen. Studien konkluderer med at det er spesifikke områder av livet hvor kreft har en signifikant og langtidsvirkende belastning for denne pasientgruppen.	Denne studien vil bidra med informasjon om hvilke deler av et menneskes liv som påvirkes av helse-relaterte symptomer etter kreftbehandling, sammenlignet med en ellers frisk/normal befolkning.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Berg, C., Neufeld, P., Harvey, A.D. og Hayashi, R.J. (2008) Late effects of childhood cancer, participation and quality of life of adolescents. <i>OTJR: Occupation, Participation & Health</i> [Internett], 29 (3), s. 116-124. Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.3928/15394492-20090611-04</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse seneffekter etter kreftbehandling og deres sammenheng med deltagelse i hverdagen og livskvalitet hos kreftoverlevende som var 10-17 år og ferdig med behandling for tidligst 2 år siden.</p>	<p>Adolescents Cancer Participation</p>	<p>Intervjuer ble gjennomført hos 25 kreftoverlevende. 16 (64%) var kvinner og 9 var menn. På intervjutidspunktet deltagerne gjennomsnittlig 14 år og gjennomsnittstidene siden diagnosetidspunkt var 86 mnd. Ingen hadde mottatt kreftbehandling de siste 24 mnd.</p> <p>Intervjuene var fra Canadian Occupational Performance Measure og Adolescent Activity Card Sort, og de så på frekvens, interesser og barrierer for flere ulike aktiviteter.</p>	<p>Blant de kreftoverlevende ble det rapportert redusert engasjement i ulike fritidsaktiviteter, daglige gjøremål og samfunnsrelaterte aktiviteter. Redusert sosial aktivitet var assosiert med dårligere livskvalitet. 92% av deltagerne opplevde seneffekter som smerte og nummenhet i ekstremiteter, kognitive utfordringer, fatigue og psykososiale problemer. Ingen av deltagerne fikk individualiserte opplegg på skole eller yrkesterapi.</p> <p>Studien konkluderer blant annet med at et betydelig antall ungdom som overlever kreft opplever seneffekter som smerte, nummenhet, kognitiv svekkelse, fatigue og psykososiale utfordringer. 97% opplevde seneffekter som plagsomme nok til at det påvirket deres engasjement i aktiviteter. Redusert engasjement i sosiale aktiviteter hadde sammenheng med redusert livskvalitet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven min da den beskriver typiske seneffekter som preger hverdagen til kreftoverlevende.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Bentzen, A.G., Balteskard, L., Wanderås, E.H., Frykholm, G., Wilsgaard, T., Dahl, O. Og Guren, M.G. (2013) Impaired health-related quality of life after chemoradiotherapy for anal cancer: Late effects in a national cohort of 128 survivors. <i>Acta Oncologica</i> [Internett], 52 (4), s. 736-744. Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2013.770599</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke HRQoL med en langsiktig oppfølging av kreftoverlevende etter analkreft. Dette skulle sammenlignes med en kontrollgruppe fra den normale befolkningen.</p>	<p>Ikke tilgjengelig i artikkelen.</p> <p>Hovedtemaene var:</p> <p>Quality of life</p> <p>Anus neoplasms radiotherapy and drug therapy</p> <p>Combined modality therapy</p> <p>Chemotherapy cancer</p>	<p>Nasjonal kohortstudie av pasienter som ble behandlet mellom 2000-2007.</p> <p>Av 199 mulige deltagere var det 128 (64%) som ble med i studien.</p> <p>Gjennomsnittlig tid siden diagnosetidspunkt var 66 mnd.</p> <p>Gjennomsnittsalder var 61 år, og 67% var kvinner.</p> <p>Kontrollgruppen var lik med tanke på kjønn og alder</p> <p>HRQoL ble evaluert med EORTC spørreundersøkelse, QLQ-C30 og QLQ-CR39. Innhentet data ble analysert av SPSS versjon 18.0.</p>	<p>Resultatene viste at de kreftoverlevende hadde redusert HRQoL score sammenlignet med kontrollgruppen. Det ble rapportert en signifikant nedsatt funksjon, spesielt sosialt og rollemessig sammenlignet med kontrollgruppen (p=0,001). De kreftoverlevende hadde høyere score på fatigue, dyspnø, søvnløshet og diaré (p=0,001). De hadde også høyere defekasjonsfrekvens, smerte nedentil, flaulens, inkontinens, impotens og redusert seksuell interesse (kvinner) (p=0,001).</p> <p>Studien konkluderer med at kreftoverlevende etter cellegift for analkreft har en signifikant redusert HRQoL på lang sikt.</p>	<p>Denne artikkelen vil belyse flere seneffekter som er vanlige blant kreftoverlevende. Særlig relevant er den da studien er gjennomført i Tromsø.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
Hobbie, W.L., Ogle, S., Reilly, M., Barakat, L., Lucas, M.S., Ginsberg, J.P., Fisher, M.J., Volpe, E.M. og Deatrick, J.A. (2016) Adolescent and young adult survivors of childhood brain tumors. <i>Cancer Nursing</i> [Internett], 39 (2), s. 134-143. Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000266	Studiens hensikt var å vise hvordan ungdom og unge voksne som har overlevd hjernesvulst beskriver deres helse-relaterte livskvalitet med tanke på fysiske, emosjonelle og sosiale funksjoner.	Adolecents Childhood brain tumor survivors Health-related quality of life Qualitative research Young adults	Denne kvalitative studien ble data fra HRQoL samlet inn fra 186 pårørende og 135 kreftoverlevende via telefon. Deretter ble pårørendes opplevelse, samt de kreftoverlevendes syn på HRQoL, undersøkt igjen for å bedre kunne forstå de faktorene som kom frem i første omgang. Deltagerne måtte være mellom 14-40 år. Det måtte være minst 5 år siden de ble kreftfri, og minst 2 år siden siste behandling. Siden pårørendes opplevelser også skulle undersøkes var det et kriterium at vedkommende hadde bodd i samme hushold som pårørende. Intervjuer ble gjennomført blant 41 kreftoverlevende.	Resultatene viser at kreftoverlevende i denne gruppen strever etter det normale til tross for endrede funksjoner på grunn av seneffekter etter kreftbehandling. Fysiske, kognitive, emosjonelle og sosiale forhold hadde blitt påvirket. Dette ga utfordringer med tanke på deres evne til å utføre deres daglige gjøremål. Studien konkluderer med at alle kategoriene i HRQoL var viktige for de kreftoverlevende, men særlig de kognitive utfordringene spilte en stor rolle. Pårørende er en viktig ressurs.	Jeg vil bruke denne oppgaven til å belyse at seneffekter etter kreftbehandling påvirker hverdagen til denne pasientgruppen både fysisk, kognitiv, emosjonelt og sosialt. Jeg kan også bruke denne artikkelen til å poengtere at mange av disse menneskene trenger hjelp fra pårørende til å kunne gjennomføre daglige gjøremål.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Castellano-Tejedor, C., Eiroa-Orosa, F.J., Perez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., De Toledo, J.S. og Blasco-Blasco, T. (2015) Perceived positive and negative consequences after surviving cancer and their relation to quality of life. <i>Scandinavian Journal of Psychology</i> [Internett], 56 (3), s. 306-314. Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12199</p>	<p>Studiens hensikt var å identifisere graden av positive og negative konsekvenser etter kreftsykdom og undersøke hvordan disse henger sammen med HRQoL (livskvalitet).</p>	<p>Childhood cancer Psychosocial consequences Health-related quality of life Adolescent survivors Psycho-oncology</p>	<p>41 deltagere mellom 13-20 år som hadde blitt diagnostisert etter fylte 8 år, og som ikke hadde mottatt kreftbehandling siste året.</p> <p>De svarte på spørsmål om positive og negative konsekvenser etter kreftbehandling. HRQoL ble vurdert med KIDSCREEN-52.</p>	<p>Det ble funnet positive konsekvenser hos 87,8% og negative konsekvenser hos 63,4%. Fire positive kategorier og fem negative kategorier konsekvenser ble funnet.</p> <p>Positiv konsekvens som endret livsperspektiv virket som å være relatert til HRQoL, etterfulgt av nyttig livserfaring. Blant de negative konsekvensene var det de psykologiske som hadde mest effekt på HRQoL.</p> <p>Alt i alt, ser det ut at de positive konsekvensene påvirker HRQoL i større grad enn de negative.</p>	<p>Denne artikkelen vil hjelpe meg å belyse at det finnes både positive og negative seneffekter som kan påvirke livskvalitet i hver sin retning.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Daugaard, R., Kjaer, T., Johansen, C., Christiansen, J., Andersen, E., Nielsen, A.L. og Dalton, S.O. (2017) Association between late effects assessed by physicians and quality of life reported by head-and-neck cancer survivors. <i>Acta Oncologica</i> [Internett], 56 (2), s. 342-347.</p> <p>Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.1080/0284186X.2016.1267873</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke assosiasjon en mellom påviste seneffekter og helserelater t livskvalitet (HRQoL) rapportert av pasientene.</p>	<p>Ikke tilgjengelig i oppgaven.</p> <p>Hovedtema ene var:</p> <p>Head and neck neoplasms</p> <p>Cancer survivors</p> <p>Treatment complications, delayed</p> <p>Severity of illness</p> <p>Quality of life</p>	<p>Data ble innhentet via en oppfølging av 136 kreftoverlevende som har hatt kreft i munnen, farynx, larynx eller spyttkjertler.</p> <p>Deltagerne må ha vært kreftri og ferdig med behandling i minst 6 mnd.</p> <p>Legers vurdering av dysfagim xerostomi, fibrose og heshet ble hentet fra rapporter fra «the Danish Head and Neck Cancer Group database».</p> <p>Pasientrapportert generelle livskvalitet, samt sosiale, emosjonelle, kognitive og fysiske funksjoner ble innhentet via en spørreundersøkelse fra «the European Organization for Research and Treatment of Cancer».</p> <p>Etter dette ble assosiasjonen mellom seneffekter og HRQoL undersøkt.</p>	<p>Den generelle livskvaliteten var redusert blant pasienter med dysfagi. Fysisk funksjon var lavere blant pasienter med heshet.</p> <p>Det ble ikke funnet en signifikant assosiasjon mellom fibrose og xerostomi, og noen av kategoriene i HRQoL.</p> <p>Studien konkluderer med at der er en relevant assosiasjon mellom påvist heshet og dysfagi, og HRQoL. Pasienter hadde lavere generell livskvalitet.</p>	<p>Denne artikkelen vil kunne belyse at ikke alle seneffekter påvirker livskvaliteten.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Zebrack, B.J., Yi, J., Petersen, L. og Ganz, P.A. (2008) The impact of cancer and quality of life for long term survivors. <i>Psycho-Oncology</i> [Internett], 17 (9), s. 891-900.</p> <p>Tilgjengelig fra: http://dx.doi.org/10.1002/pon.1300</p>	<p>Studiens hensikt var å se på helsestatus og QOL (quality of life) hos kreftoverlevende av fire ulike krefttyper. Så ønsket de benytte seg av en ny IOC for å undersøke i hvilken grad kreftoverlevendes opplevelse av sykdommen har sammenheng med fysisk helse, psykisk helse og QOL.</p>	<p>Survivors</p> <p>Quality of life</p> <p>Psychososial</p> <p>Functional assessent</p> <p>Health status</p>	<p>193 kreftoverlevende fikk tilsendt en undersøkelse 5-10 år etter diagnosetidspunkt. Denne undersøkelsen handlet om fysisk og psykisk helsestatus, livskvalitet, post-traumatisk vekst og IOC (impact of cancer).</p> <p>Alle analyser ble gjort i SAS statistical software, versjon 8.</p>	<p>Studien viste at de som rapporterte færre helseproblemer, også hadde signifikant bedre helse og QOL ($p=0,0003$). Menn hadde signifikant høyere QOL ($p=0,03$), mens kvinner rapporterte mer positiv IOC ($p=0,005$).</p> <p>De som var diagnostisert i høyere alder hadde signifikant bedre mental helse og QOL ($p=0,008$). De med middels-høy inntekt rapporterte signifikant bedre QOL ($p=0,0001$) sammenlignet med de med lav inntekt.</p> <p>Studien konkluderer med at de kreftoverlevendes syn på hvordan sykdommen har påvirket livet deres på positive og negative kan påvirke, eller bli påvirket av, deres funksjonelle evne og livskvalitet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den viser at både positive og negative effekter etter kreftbehandling kan påvirke livskvaliteten.</p>

