

Anonym

Fatigue, fysisk aktivitet og sykepleie

Hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?

Antall ord: 7 547

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Anonym

Juni 2021

Anonym

Fatigue, fysisk aktivitet og sykepleie

Hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?

Antall ord: 7 547

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Anonym
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

Fatigue kan beskrives som et fenomen, og følges av symptomer som blant annet utmattelse og kraftløshet. Omtrent 11 prosent av den norske befolkningen er rammet av tilstanden i ulik grad, og utbredelsen er økende med alder. Personer som har, eller har hatt kreft, er særlig risikoutsatt for å utvikle denne tilstanden.

Hensikt

Formålet med denne oppgaven er å se på hvordan sykepleieren kan fremme helse hos brukere med kronisk fatigue, ved å motivere til fysisk aktivitet. Brukergruppen som oppgaven tar utgangspunkt i, bor i eget hjem og er mottakere av hjemmesykepleie. Den formulerte problemstillingen som oppgaven skal besvare er, «*Hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?*».

Metode

Metoden som er brukt i denne studien, er litteraturstudium.

Resultat

Det ble funnet to fremtredende hovedtemaer i denne studien, *helse og motivasjon*. Funnene viser at symptomer på fatigue kan reduseres ved fysisk aktivitet, og på denne måten føre til bedre helse. Brukeres innsats til å utføre fysisk aktivitet, avhenger både av kunnskap om de helsemessige fordelene og av symptomtrykket. Mange brukere med fatigue har eller har hatt kreft eller annen alvorlig sykdom, som gjør at brukere med fatigue er usikker og bekymret for å belaste kroppen med fysisk aktivitet.

Konklusjon

Fysisk aktivitet viser seg å redusere symptomer på fatigue. På bakgrunn av at oppgaven har valgt å forstå helse, i betydningen fravær av sykdom eller fravær av symptom på sykdom, kan det bekreftes at helse kan fremmes ved at en sykepleier motiverer en bruker med kronisk fatigue til fysisk aktivitet.

Nøkkelord

Fatigue, sykepleie, bruker, motivasjon og helse.

Innhold

1.	Introduksjon.....	5
1.1.	Introduksjon til tema	5
1.2.	Bakgrunnskunnskap	5
1.3.	Teori.....	6
1.3.1.	Hendersons definisjon av sykepleie	6
1.3.2.	Helsefremmende arbeid	7
1.3.3.	Mestring.....	8
1.3.4.	Sykepleierens motiverende funksjon.....	9
1.4.	Formål og problemstilling	11
2.	Metode	12
2.1.	Beskrivelse av metode	12
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
2.3.	Søkestrategi	13
2.4.	Utvelgelse av artikler	15
2.5.	Analyse.....	15
3.	Resultater	16
3.1.	Artikkelmatrise	16
3.2.	Tematisk inndeling av resultater	20
3.2.1.	Helse	20
3.2.2.	Motivasjon	20
4.	Diskusjon	22
4.1.	Implikasjoner for sykepleie.....	22
4.2.	Helse	23
4.3.	Motivasjon.....	25
4.4.	Konklusjon	27
	Referanser.....	28

Tabeller

Tabell 1.1 Søketablell	13
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	16

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Å være sliten er noe alle og enhver kan kjenne seg igjen i, og det går normalt over av seg selv bare man får hvilt eller sovet nok. Dessverre er det mange mennesker som lever med kronisk utmattelse, og tilstanden kalles fatigue (Bastøe & Frantsen, 2016).

Schillinger og Becker (2015) er begge spesialisert i *fysikalsk medisin og rehabilitering* og er overleger ved Sunnaas sykehus. I sin forskning viser de til at det ikke finnes noen god definisjon av begrepet *fatigue* på norsk, men de foreslår at det kan defineres som «en subjektiv opplevelse av langvarig eller stadig tilbakevendende tretthet og redusert kapasitet for mental og/eller fysisk aktivitet» (Schillinger & Becker, 2015, s. 332).

Schillinger og Becker peker videre på i sin forskning, at det finnes lite kunnskapsbasert behandling av fatigue, og antyder at det kan ha sammenheng med at etiologien er uklar og muligens multifaktoriell. Derfor rettes den praktiserende behandlingen av fatigue seg mot å bedre pasientenes livssituasjon, basert på erfaringsbasert praksis (Schillinger & Becker, 2015).

De behandlingstiltakene som er i bruk, er aktivitetsregulering, behandling av komorbide tilstander, psykoedukasjon og medikamentell behandling. Schillinger og Becker antyder også at fysisk trening kan virke positivt mot fatigue, men de er usikre på effekten (Schillinger & Becker, 2015).

Det anslås at omkring 11% av den norske befolkningen er rammet av kronisk fatigue, og at forekomsten øker med alder. Tilstanden oppstår ofte under kreftbehandling eller som en bivirkning av kreftbehandling (Kvaløy, 2021).

Forekomsten av fatigue, som følge av kreft og kreftbehandling, avhenger av typen kreft og omfanget av eventuell spredning, hvilken behandlingsmetode som benyttes og størrelsen på dosen som gis under behandling. Med dose, menes både stråledose og dose med cytostatika (Kvaløy, 2021).

1.2. Bakgrunnskunnskap

Fatigue relatert til kreft, defineres per i dag ikke som en egen diagnose i ICD-10 som kan stå for seg selv. Det ble foreslått å innlemme fatigue i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10, men forslaget ble avvist, ifølge Stein Kvaløy, ved Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling (Kvaløy, 2021).

Som følge av at fatigue ikke blir omtalt som en diagnose, omtales fatigue som et fenomen, en tilstand eller et symptom. Det skilles mellom akutt og kronisk fatigue. Akutt fatigue, er den følelsen av å være utmattet etter lite søvn eller hardt arbeid, men som går over etter tilstrekkelig med søvn eller hvile. Ved utmattelse, med en varighet på seks måneder eller mer, brukes betegnelsen kronisk fatigue om tilstanden (Kvaløy, 2021).

Spesielt er det mange som opplever akutt fatigue under behandling av kreft, men at symptomene gradvis avtar etter avsluttet behandling. Dessverre er det mange som også

opplever at fatigue kommer snikende lenge etter at behandlingen ble avsluttet. Per i dag relateres fatigue som en seneffekt til kreft og kreftbehandling, når fatigue-symptomene oppstår i løpet av det første året etter at kreftbehandling ble avsluttet (Kvaløy, 2021). Tilgjengelig statistikk viser at mellom 20-35% av de som overlever kreft, rammes av kronisk fatigue (Kvaløy, 2021).

Videre anslås det at minst 50% av pasientene under strålebehandling og kjemoterapi, opplever fatigue, men på grunn av usikker statistikk utelukkes det ikke at risikoen for fatigue kan være tilnærmet 100% (Kvaløy, 2021).

Revmatiske- og nevrologiske sykdommer, infeksjøs tilstander og psykisk sykdom er eksempler på andre sykdommer som også kan gi fatigue (Schillinger & Becker, 2015). Av personer med kroniske inflammasjonstilstander, viser statistikken at hele 70% rammes av fatigue i ulik grad (Kvaløy, 2021).

På samme vis som at fatigue rammer personer i ulik grad og på forskjellige tider, uttrykkes opplevelsen av tilstanden også på ulike måter. Typiske trekk ved kronisk fatigue, uttrykt av personer som lever med tilstanden, er nedstemthet, konsentrasjonsvansker, utilpasshet, hukommelsessvikt (særlig korttidshukommelsen), kjedsomhet, tretthet, utmattelse, kraftløshet, energiløshet, døsighet, en opplevelse av at noe er galt med kroppen, kroppslig ubehag og redusert funksjon (Andreassen, 2021). Noen personer vil kjenne seg igjen i mange av disse beskrivelsene, mens andre i færre. Uansett, felles for alle disse personene er at de har fatigue, som er en tilstand preget av utmattelse (Andreassen, 2021).

Videre er det viktig å være klar over at det ikke hjelper å hvile eller sove seg frisk fra fatigue (Oldervoll, 2011). Like viktig er det også å forstå at det ikke er å «bare ta seg sammen» og at man utad kan fremstå eller oppleves som frisk (Ormstad & Eilertsen, 2017).

1.3. Teori

Sykepleieren tar seg av pasienter på forskjellig vis og i ulike faser av livet. For å forankre problemstillingen, og de nye funnene som kommer frem av de inkluderte forskningsartiklene, vil jeg nå presentere det teoretiske fundamentet som problemstillingen skal bygge på.

1.3.1. Hendersons definisjon av sykepleie

Henderson (1897-1996) er blant annet kjent for at hun presenterte sin definisjon av begrepet *sykepleie* i 1955. Hennes definisjon, i tillegg til hennes formulerte grunnprinsipper for sykepleie, har bidratt til å forme sykepleien slik vi kjenner den i dag. Flere andre sykepleieteoretikere har bygget på hennes sykepleiedefinisjonen og hennes grunnprinsipper (Kristoffersen, 2016a).

Hendersons sykepleiedefinisjon:

«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig» (Henderson, 1961, s.10).

Hendersons sykepleiedefinisjon var forarbeidet og grunnvullen for hennes videre utarbeidelse av sykepleiens grunnprinsipper. Hun la særlig vekt på at sykepleieren skulle *assistere* og *kompensere* for pasientenes svikt i egne ressurser, på en slik måte at de fikk dekket sine grunnleggende behov. På denne måten søkte hun å styrke pasientenes egne ressurser, ved å la pasientene gjøre mest mulig selv for å fremme egenomsorg. Det er verdt å merke seg at hun bevisst hadde denne tilnærmingen til pasientene, for å hjelpe dem i størst mulig grad til *selvhjelp*, som er et aspekt ved å fremme egenomsorg (Kristoffersen, 2016a).

Et annet viktig prinsipp ved egenomsorg er brukermedvirkning. Dette innebærer at pasientene involveres i vurderinger og beslutninger, og at de får tilstrekkelig med tilpasset informasjon til å kunne foreta gode vurderinger og valg (Kristoffersen, 2016a). Pasientenes rett til informasjon og til brukermedvirkning, er en lovfestet rett i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre sees betydningen av sykepleierens rolle i å støtte, undervise og veilede pasientene, som en forutsetning for evnen til god egenomsorg. På dette grunnlaget kan sykepleierens arbeid med å fremme egenomsorg forstås som å utvikle eller løfte pasientens egenomsorgskapasitet (Kristoffersen, 2016a).

Hendersons grunnprinsipper

Henderson definerte 14 grunnleggende behov (grunnprinsipper) som hun mente sykepleieren skulle ta seg av. Disse er til stede hos alle mennesker, uavhengig av sykdom, skade eller funksjonshemming, og som må dekkes. Når personen er i stand til å dekke disse behovene selv, er det stort sett i vedkommende sin interesse å ivareta seg selv og dekke sine egne behov i størst mulig grad. Men, hvis personer ikke er i stand til å ivareta sine behov, må sykepleieren sørge for å dekke disse (Henderson, 1961).

1.3.2.Helsefremmende arbeid

Begrepet helse er et allment begrep som nesten alle og enhver har et forhold til og formeninger om. Dessverre finnes det ikke en entydig definisjon av begrepet *helse*. Det gjør at det eksisterer ulike oppfatninger av hvordan begrepet skal forstås, og at innholdet som legges i begrepet kan være noe forskjellig (Larsen, 2018).

Tre anerkjente definisjoner trekkes gjerne frem. En måte som helse kan defineres på, er fravær av sykdom eller fravær av symptomer på sykdom. I dette tilfellet anser man sykdom som en trussel eller noe som ødelegger helsen. En annen måte å forstå helse på, er å se på helse som en ressurs. Ressurs er noe individet har, som gir styrke, robusthet

og motstandskraft mot sykdom. En tredje måte å forstå helse på er som noe velbefinnende. Det kan være opplevelsen av å være aktiv, opplevelsen av velvære og ha gode relasjoner. En slik forståelse av helse, innebærer at man kan oppleve å ha god helse, til tross for at man er syk. Selv om det er forskjellige definisjoner av helse, er den mest vanlige måten og forstå helse på, som at det er fravær av sykdom (Larsen, 2018).

I denne oppgaven vil jeg, i likhet med den dominerende forståelsen av begrepet helse, først og fremst velge å forstå begrepet som fravær av sykdom eller fravær av symptomer på sykdom (Larsen, 2018).

Å fremme helse, eller yte helsefremmende arbeid, sees ofte i sammenheng med å forebygge sykdom, og det kan derfor være vanskelig å skille sykdomsforebyggende arbeid fra helsefremmende arbeid. I praksis utføres ofte de samme sykepleiehandlingene, også kalt sykepleie-intervensjoner, med hensikt i både helsefremmende- og sykdomsforebyggende arbeid. Hvordan disse to begrepene kan skilles fra hverandre, bunner i hvilket sykepleiefokus eller i hvilken hensikt man gjør sine sykepleiehandlinger (Alvsvåg, 2018).

Helsefremmende sykepleie er i sin natur opptatt av å styrke pasientenes egne ressurser. Dette er forankret i et overordnede mål om at pasienten skal bli selvstendig, og i størst mulig grad bli i stand til å mestre sin egen sykdom og tilværelse ved å være selvhjulpel. Derfor innebærer helsefremmende sykepleie at pasienter gis støtte, undervisning og opplæring relatert til sykdommen eller tilstanden. En annen side ved sykepleierens helsefremmende funksjon, er å koordinere og legge til rette for tjenester eller behandling som pasienten vil ha nytte av (Alvsvåg, 2018).

1.3.3.Mestring

Når en sykepleier skal fremme mestring hos sine pasienter, er begrepet adaptasjon sentralt. Særlig det å løfte pasientenes adaptasjonsnivå. Å løfte pasienters adaptasjonsnivå kan forstås som å løfte pasientenes mestringsevne gjennom å styrke deres egne ressurser. Dette innebærer at man må se personen og dens omgivelser som en udelelig enhet, og at dette er av betydning når sykepleieren møter pasienter som trenger å bli forstått, som en del av sine spesielle omgivelser. Denne måten å forstå samspillet mellom pasienten og hans/hennes omgivelser på, er nødvendig for å være i stand til å hjelpe pasienten til å mestre og tilpasse seg endringer, som igjen bidrar til å øke pasientens mestringskompetanse (Kristoffersen, 2016a).

Mennesket bruker ulike mestringsstrategier i en verden med skiftende omgivelser for å møte utfordringer. Disse kan være enten medfødte, eller tilegnede mekanismer av biologisk, psykisk og sosial opprinnelse som er lært. Videre er både helse og sykdom uunngåelige dimensjoner av livet, og mennesket må tilpasse seg for å reagere positivt på forandringene i omgivelsene. Forandringer er noe som skjer toveis, omgivelsene påvirker mennesket, og mennesket er i stand til å påvirke omgivelsene (Roy, 1984).

Lazarus og Folkmann definerer mestring som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger ens ressurser» (Drageset, 2014, s. 87).

Ut fra denne definisjonen, kan mestring forstås å berøre både tanker, følelser og atferd, for å håndtere psykologisk stress. Det psykologiske stresset oppstår når individet opplever sine mål eller verdier som truet, ved at forholdet mellom seg selv og omgivelsene utfordres på en slik måte at individets velvære blir truet. På denne måte oppstår det en sammenheng mellom hvordan individet tenker og tolker situasjonen, og hvor stressfylt situasjonen oppleves (Drageset, 2014).

Vurderingen av situasjonen som skaper kognitivt stress, kan beskrives som en primær vurdering og en sekundærvurdering. I primærvurderingen, vurderer individet sine egne ressurser til å kunne påvirke utfallet, herunder også egen helse i møte med sykdom. Denne vurderingen fører til at individet opplever situasjonen som positiv, nøytral eller belastende. I sekundærvurderingen vurderer individet sine mestringsmuligheter og mulige mestringsstrategier. Som oftest benyttes enten en problemfokustert mestring eller følelsesfokustert mestringsstrategi. En problemfokustert mestringsstrategi tar sikte på å endre forhold ved situasjonen, mens en følelsesfokustert mestringsstrategi forsøker å endre opplevelsen av situasjonen, gjennom hvordan man tenker om den. Det er heller ikke uvanlig at disse to mestringsstrategiene benyttes sammen, ved enten å understøtte eller hindre hverandre i å mestre, og dermed gjensidig påvirke hverandre (Drageset, 2014).

Når en mestringsstrategi er valgt, fører det til utprøving av strategien. Gjennom utprøvingen, får vedkommende ny informasjon fra omgivelsene, som kan gi nytt meningsinnhold i møte med situasjonen. Det blir da naturlig å foreta en ny primær- og sekundærvurdering, altså en revurdering (Drageset, 2014).

1.3.4.Sykepleierens motiverende funksjon

Sykepleiere har ansvar for å undervise og hjelpe pasienter, slik at de kan bli i stand til å ivareta egne behov selv, i størst mulig grad og på best mulig måte. Grunnlaget for sykepleierens undervisende og opplærende rolle er basert på en forståelse av at mennesket er nysgjerrig og ønsker kunnskap, for deretter å systematisere kunnskapen, se etter mønster og sammenhenger. Dette er et uttrykk for at mennesket har et behov for å søke utfordringer og å mestre, som kan forstås som en indre motivasjon for læring (Kristoffersen, 2016c).

Når motivasjon er til stede, fører den til at aktiviteten som opprettholdes over tid, gis retning, mål og mening (Kristoffersen, 2016c). Innenfor kognitiv læringspsykologi skilles det mellom indre motivasjon og ytre motivasjon. Indre motivasjon kan også omtales som *motivasjonens energikomponent*. Den får igangsatt en handling eller aktivitet, og avgjør innsatsen og utholdenhet som legges ned. Et eksempel på indre motivasjon, kan være at vi synes at det vi driver med er interessant. Den ytre motivasjonen er en kilde utenfor oss selv, som gir retning og påvirker våre valg. Et eksempel på dette kan være lønn (Kristoffersen, 2016c).

Når en sykepleier skal arbeide med motivasjon hos pasienter og brukere, vil noe av kjernen i arbeidet være å fremme de indre motivasjonsfaktorene, og forsøke å endre ytre motivasjonsfaktorer til indre motivasjonsfaktorer. Sykepleierens arbeid bør ta sikte på å stimulere pasienten på en slik måte at vedkommende selv aktivt ønsker å oppsøke og bearbeide kunnskap. For å oppnå dette, må sykepleierens motivasjonsarbeid være forankret i pasientens personlige verdier og mål (Kristoffersen, 2016c).

For å legge til rette for å nå mål om endring, kan sykepleieren bistå pasienten i å utforme egne SMART-mål. Det innebærer at målene må være spesifikke, målbare, aksjonsorienterte (resultere i faktiske handlinger), realistiske og avgrenset innenfor en tidsramme (Kristoffersen, 2016c).

1.4. Formål og problemstilling

På bakgrunn av at en betydelig andel personer lever med fatigue, skal denne oppgaven forsøke å belyse hvordan sykepleiere kan hjelpe denne gruppen til å få redusert symptomtrykk av fatigue. Sykepleiere kan møte personer med fatigue over alt, og graden av symptomer er forskjellig fra person til person. Derfor, for å avgrense denne gruppen, vil oppgaven fra nå av fokusere på personer med fatigue som sykepleieren møter i deres eget hjem som mottakere av hjemmesykepleie, heretter kalt brukere. Ytterligere snevres brukergruppen inn til kun å gjelde brukere som har kronisk fatigue, og det som skal oppnås gjennom sykepleieutøvelsen er å fremme helsen til brukerne. Brukerne, som lider av fatigue, og derav har begrenset kapasitet og stadig tilbakevendende tretthet, kan risikere å få et lavt aktivitetsnivå. Schillinger og Becker (2015) antyder en viss usikkerhet i sin forskning om fysisk trening har effekt på å redusere fatigue-symptomer, og på dette grunnlaget skal denne oppgaven belyse om en sykepleiers motivering til fysisk aktivitet faktisk kan fremme helse hos brukere med fatigue.

Problemstillingen som oppgaven skal besvare er følgende:

Hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudium som metode. Forskningsartiklene som er valgt ut, er funnet gjennom målrettede søk i anerkjente databaser for sykepleie. Søkeordene har vært forankret i problemstillingen, «*hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?*». Det ble totalt valgt ut sju forskningsartikler, hvorav én er en review-artikkel. Bakgrunnen for å inkludere en review-artikkel, er at den argumenterer for nytten av å implementere fysisk aktivitet som en del av den kliniske behandlingen. Dette perspektivet har jeg ikke funnet belyst i andre forskningsartikler som har vært relevante for oppgavens problemstilling. De øvrige forskningsartiklene er i hovedsak randomiserte, kontrollerte studier (RCT-studier), med unntak av en kvalitativ studie. Begrunnelsen for å inkludere flest RCT-studier, er at de har som formål å se på effekten av tiltak, noe som egner seg godt for å belyse sammenhengen mellom fysisk aktivitet og fatigue (*Helsebiblioteket*, 2021). I oppgaven settes forskningsartiklene opp mot hverandre, og drøftes mot relevant teori og pensumlitteratur for sykepleie, for å gi et så godt svar som mulig på problemstillingen.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I de innledende søkene som jeg foretok, for å danne meg en oversikt over temaet, viste det seg at det finnes mange forskningsartikler som berører fatigue. Utfordringen ble da å finne gode kombinasjoner av søkeord, for å få så spissede søk som mulig, uten at det ville utelukke relevant forskning.

Søkeresultatene ble ytterligere avgrenset, som følge av de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble satt, selv om ikke alle inklusjons- og eksklusjonskriteriene lot seg filtrere inn i databasene. På denne måten ble søkeresultatene ytterligere avgrenset og dermed enda mer relevante for problemstillingen.

Inklusjonskriteriene for søkene er følgende:

- Må være fagfelleverdert.
- Nyere enn 10 år.
- Ha sykepleieperspektiv eller overførbart til sykepleie.
- Språket må være engelsk, norsk, svensk eller dansk.
- Tidsskrifter vurdert til nivå 1 eller 2 av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Eksklusjonskriteriene som ble satt er:

- Eldre enn 2010.
- Ikke fagfelleverdert.
- Ikke overførbart til sykepleie.
- Tidsskrifter vurdert til lavere enn nivå 1 av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

2.3. Søkestrategi

De første søkene som ble foretatt, ble gjort i Medline. Valget om å starte de første søkene i denne databasen, var på grunnlag av tidligere prøvesøk, for å velge tema for denne oppgaven. Som søketabell 1.1 nedenfor bekrefter, var det betydelig flere treff på fatigue i Medline enn i Cinahl, derfor ble de første søkene gjort i denne databasen. Etter at jeg hadde plukket ut de forskningsartiklene som jeg var fornøyd med fra Medline, forsøkte jeg de samme søkeordene også i Cinahl. Søkeresultatene i Cinahl viste mange av de samme artiklene som Medline, men da jeg foretok et søk for å finne noe forskning om sykepleierens koordinerende funksjon, fant jeg artikkel D. Jeg hadde også gjort søk i Medline med søkeordet «coordination», men uten å finne noe som var relevant for problemstillingen min. Derfor var det positivt at søket i Cinahl førte til at en forskningsartikkel om fatigue og sykepleierens koordinerende funksjon ble funnet.

Valget om å prøve å finne forskning knyttet til sykepleierens koordinerende funksjon, er forankret i at brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har lovmessig krav på å få utarbeidet en individuell plan, og tildelt en personlig koordinator. Koordinatorrollen er ikke profesjonsbetinget, og kan dermed med fordel tildeles en sykepleier som kjenner brukeren godt. Sykepleiere er også vant til å koordinere tjenester og veilede brukere, som er en del av sykepleierens koordinerende funksjon. (Kristoffersen, 2016b). På dette grunnlaget var det interessant å se etter forskning som ser på betydningen av sykepleierens koordinerende funksjon hos brukere med fatigue, og om rollen kan ha betydning for å fremme brukernes helse.

Nedenfor presenteres de endelige søkeresultatene og de utvalgte forskningsartiklene.

Tabell 1.1 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	25.04.21.	S1	Patient		1 099 921	
		S2	Fatigue		48 261	
		S3	Nurse		298 999	
		S4	Coordinatio n		19 254	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4.	År: 2010- 2020.	4	1 (D)
Medline	13.05.21.	S1	Fatigue OR Fatigue Syndrome, Chronic		115 365	
		S2	Exercise OR exercise therapy		54 336	

		S3	Patient*		7 451 618	
		S4	Health		3 135 330	
		S5	Improve		951 857	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5.	År: 2010- 2021.	163	5 (A, B, C, E, F)
Medline	25.04.21.	S1	Fatigue OR Fatigue Syndrome, Chronic		114 839	
		S2	Nurses OR nurse		212 511	
		S3	Exercise OR exercise Therapy		240 302	
		S4	Patient*		7 425 162	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	År: 2010- 2020.	37	1 (G)

Inkluderte artikler:

- A. Delrieu et. al., 2020, Design and methods of a national, multicenter, randomized and controlled trial to assess the efficacy of a physical activity program to improve health-related quality of life and reduce fatigue in women with metastatic breast cancer: ABLE02 trial. *BMC Cancer*, 20(1), 622.
- B. Kapila, A. K., Hamdi, M., & Patel, A., 2018, Clinicians Should Actively Promote Exercise in Survivors of Breast Cancer. *Clinical Breast Cancer*, 18(5), 747–749.
- C. Patt et. al., 2021, High-intensity interval training and energy management education, compared with moderate continuous training and progressive muscle relaxation, for improving health-related quality of life in persons with multiple sclerosis: Study protocol of a randomized controlled superiority trial with six months' follow-up. *BMC Neurology*, 21(1), 65.
- D. Ryckeghem et. al., 2017, Exploring the potential role of the advanced nurse practitioner within a care path for patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1610–1619.
- E. Sancho et al., 2015, Supervised physical exercise to improve the quality of life of cancer patients: The EFICANCER randomised controlled trial. *BMC Cancer*, 15(1), 40.
- F. Thomas et al., 2020, Aerobic exercise during chemotherapy infusion for cancer treatment: A novel randomised crossover safety and feasibility trial. *Supportive Care in Cancer*, 28(2), 625–632.
- G. Zhang et. al., 2018, Effects of nurse-led home-based exercise & cognitive behavioral therapy on reducing cancer-related fatigue in patients with ovarian cancer during and after chemotherapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 52–60.

2.4. Utvelgelse av artikler

Den innledende utvelgelsen av forskningsartikler fra søkeprosessen ble gjort gjennom å vurdere om overskriftene til de ulike artiklene var relevante for problemstillingen. De artiklene som virket aktuelle eller interessante, ble åpnet for videre vurdering.

Videre ble abstraktene lest, for å undersøke om studienes hensikt og deres målgrupper var relevante og overførbare til egen problemstilling. I denne vurderingen ble det særlig lagt vekt på at studiene skulle være overførbare til sykepleie, og aller helst ha et tydelig sykepleieperspektiv.

Når en studie ble vurdert som aktuell, ble tidsskriftet, som hadde publisert studien, kontrollert mot Norsk senter for forskningsdata sin klassifisering av tidsskriftet (*NSD*, 2021). Forskningsartiklene som er brukt i denne oppgaven, er alle publisert i tidsskrifter som tilfredsstillir nivå 1 eller 2. Artikler fra tidsskrifter som ikke oppfyller kravene er blitt ekskludert.

2.5. Analyse

Analyseprosessen av forskningsartiklene, presenteres i fire steg, basert på analysemodellen som er utviklet av David Evans (Evans, 2002).

Steg 1 skal vise hvordan utvelgelsen av forskningsartiklene ble utført, og samle dem. Hvordan denne prosessen ble utført, er beskrevet tidligere under delkapittel 2.3 *Søkestrategi*, hvor de utvalgte artiklene til slutt ble presentert i en søketabell.

Steg 2 skal vise hvordan hovedfunnene fra artiklene ble trukket ut. Til å begynne med, leste jeg konklusjonene til artiklene som jeg skulle innhente funn fra. I konklusjonene oppsummeres de viktigste funnene i studiene, i tillegg til at fremgangsmåten for innhenting av funnene gjerne blir gitt en evaluering. De overordnede funnene ble notert på et eget ark og dannet hovedkategoriene av funn. Deretter ble viktige og interessante detaljer sortert i underkategorier. På denne måten fikk jeg god oversikt over likheter mellom hver enkelt forskningsstudie, hvor funnene bekrefter hverandre, i tillegg til forskjeller som utfyller eller utfordrer.

Steg 3 skal identifisere likheter og forskjeller på tvers av studiene. I denne fasen brukte jeg et ark, hvor jeg skrev ned hovedtemaene i hver sin boble merket med bokstavkoder, for å holde oversikt over hvilke hovedtemaer som belyses i de ulike forskningsartiklene. Det ble trukket linjer mellom temaene for å systematisere likheter, forskjeller og andre viktige detaljer, som skal diskuteres i oppgavens diskusjonsdel. Stikkord relatert til det som skal diskuteres, ble notert langs linjene som koblet temaene sammen. Undertemaer ble notert i periferien til sitt tilhørende hovedtema.

Steg 4 skal beskrive resultatene samlet for hvert sitt hovedtema. Blant de forskningsartiklene som er inkludert i denne oppgaven, utkrystalliserte *helse* og *motivasjon* seg som hovedtemaer. Mens *livskvalitet* ble plassert som et undertema til *helse*, og symptomtrykk og *trygghet* som undertemaer til *motivasjon*. Selve analysen munnet ut i en syntese som presenteres i neste kapittel.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Problemstillingen som denne oppgaven skal besvare er: «hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?». Resultatene som denne problemstillingen bygger på, fra de utvalgte forskningsartiklene, presenteres i artikkelmatrisen nedenfor.

Tabell 2.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A) Delrieu et. al., 2020, Design and methods of a national, multicenter, randomized and controlled trial to assess the efficacy of a physical activity program to improve health-related quality of life and reduce fatigue in women with metastatic breast cancer: ABLE02 trial. BMC Cancer, 20(1), 622.	Hensikten med studien er måle effekten av fysisk aktivitet relatert til helsekvalitet og fatigue hos kvinner med brystkreft-metastaser.	Randomisert, kontrollert studie. 244 deltakere i studien, hvorav 122 deltakere fikk kostholds- og aktivitetsråd, med et minimumskrav til aktivitet. De måtte ha på seg en aktivitetsmåler 24 timer i døgnet over 6 måneder. Målingene ble sammenlignet med deres helseutvikling. Kontrollgruppen fikk bare aktivitets-anbefalinger.	Studien viser at fysisk aktivitet kan redusere symptomer på fatigue og at en aktivitetsmåler motiverer deltakere til å følge opp treningsplanen. Det er av betydning å finne en egnet type aktivitet, rett intensitet og frekvens på aktiviteten over tid.	Studien ser på sammenhengen mellom motivasjon, fysisk aktivitet og fatigue.

<p>B) Kapila et. al., 2018, Clinicians Should Actively Promote Exercise in Survivors of Breast Cancer. Clinical Breast Cancer, 18(5), 747-749.</p>	<p>Hensikten med studien er å vurdere om fysisk aktivitet hos pasienter med brystkrefter bør implementeres som en del av den kliniske oppfølgingen.</p>	<p>Review-studie.</p>	<p>Studien viser at symptomer på fatigue reduseres og fysisk funksjon bedres av fysisk aktivitet hos pasienter med brystkreft. Lite kunnskap om effekten av fysisk aktivitet gjenspeiles i aktivitetsnivået. Det oppfordres til tverrfaglig oppfølging.</p>	<p>Studien viser at kunnskap har betydning for motivasjonen til fysisk aktivitet. Studien viser også at fysisk aktivitet reduserer fatigue, bedrer den fysiske funksjonen og fremmer helse til personer som har blitt friske fra brystkreft.</p>
<p>C) Patt et. al., 2021, High-intensity interval training and energy management education, compared with moderate continuous training and progressive muscle relaxation, for improving health-related quality of life in persons with multiple sclerosis: Study protocol of a randomized controlled superiority trial with six months' follow-up. BMC Neurology, 21(1), 65.</p>	<p>Hensikten med studien er å evaluere hvilken effekt terapi har på pasienter med multipel sklerose (MS).</p>	<p>Randomisert, kontrollert studie. 106 deltakere totalt. Hvorav 53 hadde høyintensitets-trening og opplæring i energikontroll, og 53 hadde moderat, kontinuerlig trening og progressiv muskelhvile.</p>	<p>Studien viser at opplæring i energikontroll fører til at pasienter med MS bedre får til å balansere, planlegge og organisere regelmessige økter med trening. Dette resulterte i at pasientene nådde høyere nivåer av fysisk aktivitet enn kontrollgruppen, som korrelerte med økt endring i livskvalitet.</p>	<p>Studien viser hvordan høyintensitets-trening og opplæring, virker inn på fatigue hos pasienter med MS.</p>

<p>D) Ryckeghem et al., 2017, Exploring the potential role of the advanced nurse practitioner within a care path for patients with chronic fatigue syndrome. Journal of Advanced Nursing, 73(7), 1610–1619.</p>	<p>Hensikten med studien er å utvikle den potensielle rollen som en spesialsykepleier kan ha for pasienter med kronisk fatigue.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>15 pasienter med kronisk fatigue og 15 allmennleger ble intervjuet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientene opplevde usikkerhet om hvordan de skulle forholde seg til tilstanden. - Behov for kunnskap og opplæring. - Behov for en mellommann. - Opplevelse av utilstrekkelig koordinering. - Ønskelig med en person som kan formidle relevant informasjon til rett tid. En som pasientene kan ha et tillitsforhold til. 	<p>Studien viser hvordan implementering av en spesialsykepleierrolle kan gi økt tilfredshet og livskvalitet for pasienter med kronisk fatigue. Det som er interessant, er hvordan de forskjellige funnene kan overføres til en mer generell sykepleier-/pasient-rolle.</p>
<p>E) Sancho et al., 2015, Supervised physical exercise to improve the quality of life of cancer patients: The EFICANCER randomised controlled trial. BMC Cancer, 15(1), 40.</p>	<p>Studien undersøker om fysisk aktivitet øker livskvaliteten hos pasienter med kreft.</p>	<p>Randomisert. Kontrollert studie.</p> <p>66 deltakere ble randomisert fordelt i to grupper. Intervensjonsgruppen fulgte et treningsprogram over 2 måneder kombinert med vanlig medisinsk oppfølging. Kontrollgruppen fikk bare medisinsk oppfølging.</p>	<p>Et treningsprogram som er felles for alle krefttyper og som kan tilpasses individuelle behov, viser seg å være kostnadseffektiv og virke effektivt, for å fremme livskvaliteten.</p>	<p>Studien viser hvordan fysisk aktivitet øker livskvaliteten hos kreftpasienter.</p>

<p>F) Thomas et al., 2020, Aerobic exercise during chemotherapy infusion for cancer treatment: A novel randomised crossover safety and feasibility trial. Supportive Care in Cancer, 28(2), 625–632.</p>	<p>Hensikten med studien er å grunnfeste tryggheten og gjennomførbarheten av aerobic-øvelser for kreftpasienter under kjemoterapi-behandling.</p>	<p>Randomisert, kontrollert studie.</p> <p>11 deltakere, hvorav 6 pasienter gjennomførte aerobic-øvelser og standard behandling, og 5 pasienter fulgte kun standardisert behandling.</p>	<p>Fysisk aktivitet er et kraftfullt tiltak for å begrense fatigue og andre bivirkninger av kreftbehandling. Fysisk aktivitet fremmer også helse relatert livskvalitet.</p>	<p>Fysisk aktivitet begrenser omfanget av fatigue og fremmer livskvalitet som er relatert til pasientens egen helse.</p>
<p>G) Zhang et al., 2018, Effects of nurse-led home-based exercise & cognitive behavioral therapy on reducing cancer-related fatigue in patients with ovarian cancer during and after chemotherapy: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 78, 52–60.</p>	<p>Studien bygger på kunnskap om at pasienter som har fatigue er ekstra utsatt for depresjon og søvnforstyrrelser. Formålet med studien er å se på om kognitiv atferdsterapi kan redusere depresjon og øke søvnkvaliteten.</p>	<p>Randomisert, kontrollert studie.</p> <p>72 kvinner som nylig hadde blitt operert for livmorhalskreft og fått første dose med kjemoterapi. 36 pasienter mottok kognitiv atferdsterapi og øvelser. 36 pasienter fikk standardisert oppfølging.</p>	<p>Gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi og øvelser hadde signifikant mindre symptomer på fatigue og depresjon. I tillegg hadde de også fått forbedret søvnkvalitet.</p> <p>Kontrollgruppen viste ingen endring.</p>	<p>Studien viser at kognitiv atferdsterapi og øvelser, som følges opp av en sykepleier, reduserer symptomer på fatigue og depresjon, i tillegg til å øke søvnkvaliteten.</p>

3.2. Tematisk inndeling av resultater

Hovedtemaene fra forskningsartiklene, som ble presentert enkeltvis i artikkelmatrisen ovenfor, er helse og motivasjon. Jeg skal nå presentere hovedtemaene hver for seg, ved å sammenfatte de ulike perspektivene, argumentene og funnene fra de utvalgte forskningsartiklene. Denne syntetiseringen, binder likhetene, forskjellene og nyansene for hvert hovedtema sammen, for å skape en større forståelse. Videre plasseres livskvalitet som et undertema til *helse*, og symptomtrykk og trygghet som undertemaer til *motivasjon*.

3.2.1. Helse

Fire av forskningsartiklene peker på at fysisk aktivitet reduserer symptomer på fatigue. På denne måten kan fysisk aktivitet bidra til å øke brukernes belastningskapasitet, slik at brukerne klarer å opparbeide seg et større aktivitetsnivå over tid, og dermed oppnå bedre helse. Helse som begrep, er i de samme artiklene anvendt på en slik måte at de ser helse som fravær av sykdom og symptomer på sykdom (Delrieu et al., 2020; Kapila et al., 2018; Thomas et al., 2020; Zhang et al., 2018). I fem av forskningsartiklene, studeres fatigue hos brukere og pasienter som har, eller har hatt kreft. I disse studiene, fremgår det at personene, til tross for andre symptomer som er relatert til kreftsykdommen eller til kreftbehandlingen, opplevde bedre helse ved at symptomene på fatigue ble redusert (Delrieu et al., 2020; Kapila et al., 2018; Sancho et al., 2015; Thomas et al., 2020; Zhang et al., 2018).

Et undertema til helse, som er gjennomgående i tre artikler, er livskvalitet. Forbedret livskvalitet, blir beskrevet som et resultat av at brukerne får reduserte symptomer på fatigue, ved å utføre fysisk aktivitet. Begrepet *livskvalitet* anvendes også på en slik måte at det er naturlig å plassere det som et undertema til helseutvikling. Gjennom bruken av begrepet i disse artiklene, vises det til at livskvalitet er forbundet med «å ha det godt» og til opplevelsen av trivsel og velvære, i tillegg til at det gjenspeiles i reduserte symptomer på fatigue (Patt et al., 2021; Sancho et al., 2015; Thomas et al., 2020).

3.2.2. Motivasjon

Når symptomene på fatigue blir gjeldende, synes mange pasienter at det er godt å begrense gjøremål til et minimum for å spare på kreftene, og dette er funn som fremgår i fem av forskningsartiklene. Med å spare på krefter, forstås en underliggende holdning om at kreftene må spares i tilfelle det dukker opp noe som det er verdt å anstrenge seg for. Pasientene mangler med andre ord motivasjon til å opprettholde en viss aktivitet (Delrieu et al., 2020; Kapila et al., 2018; Patt et al., 2021; Ryckeghem et al., 2017; Zhang et al., 2018).

Variasjon i symptomtrykket av fatigue er et gjennomgående tema i alle forskningsartiklene, og skiller seg ut som et undertema til motivasjon. På bakgrunn av at fysisk aktivitet ser ut til å redusere symptomer på fatigue, gjennom en mer eller mindre langsom prosess, impliserer dette at symptomtrykket kan endres og påvirkes, og i sin tur føre til variasjoner over tid (Delrieu et al., 2020; Kapila et al., 2018; Patt et al., 2021; Ryckeghem et al., 2017; Sancho et al., 2015; Thomas et al., 2020; Zhang et al., 2018).

Som følge av at mange kreftpasienter har fatigue, både relatert til selve sykdommen og til behandlingen, pekes det på betydningen av å ha et alminnelig aktivt liv i møte med kreftsykdommen i tre av forskningsartiklene. Særlig i møte med fatigue-symptomene

som kan komme, eller som man forventer vil komme av behandlingen, sees betydningen av alminnelig fysisk aktivitet som preventivt mot fatigue (Delrieu et al., 2020; Kapila et al., 2018; Thomas et al., 2020).

Et annet undertema til motivasjon, er trygghet. I forskningsartiklene ble det funnet at mangel på trygghet, bidro til at pasientene ble passive. Spesielt pasienter som var rammet av kreftsykdom, var engstelige for å gjøre noe «feil», som kunne medføre at helsen ble verre (Kapila et al., 2018; Patt et al., 2021; Ryckeghem et al., 2017; Zhang et al., 2018).

4. Diskusjon

Problemstillingen skal nå drøftes i lys av det teoretiske fundamentet, og opp mot de nye funnene fra forskning, som ble presentert i kapittel 3. For ordens skyld gjentar jeg problemstillingen: «*hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?*».

4.1. Implikasjoner for sykepleie

Man kan kanskje spørre seg hva sykepleie har å gjøre med fatigue, når tilstanden ikke blir omtalt som en diagnose (Kvaløy, 2021). Svaret ligger forankret i Hendersons (1961) beskrivelse av sykepleierens særegne funksjon, og som fortsatt er like aktuell i dag. Hun sa at sykepleieren skulle ta seg av individet, uavhengig av om det var sykt eller friskt. For, indikasjonene for sykepleie skulle være forankret i å fremme *helse*, helbredelse eller en fredfull død, ved å hjelpe individet til å utføre de gjøremål som vedkommende selv ville ha gjort, om han/hun hadde hatt nok krefter, vilje og kunnskaper til det. Med dette som utgangspunkt for sykepleie, forstås at det ikke stilles krav om en diagnose, siden Henderson hevder at individet både kan være sykt og friskt (Henderson, 1961).

For brukere som lider av fatigue, er hovedutfordringen at de ikke har krefter. De lider av en utmattelsestilstand, som de ikke kan sove seg friske av. Løsningen er heller ikke så enkel som å «bare ta seg sammen», for denne brukergruppen har rett og slett ikke tilstrekkelig med krefter (Ormstad & Eilertsen, 2017). Sykepleieren må dermed hjelpe brukere med fatigue til å utføre de gjøremål som de selv ville ha gjort om de hadde hatt krefter nok. Og denne hjelpen må gis på en slik måte at den søker å gjenvinne uavhengighet, som kan forstås som et aspekt ved å fremme individets egenomsorg (Kristoffersen, 2016a). I denne oppgaven, skal sykepleieren bruke motivasjonsfremmende arbeid, som intervensjon for å fremme fysisk aktivitet hos brukere med fatigue. Å fremme motivasjon blir både sykepleierens konkrete redskap, i tillegg til at det er et mål i seg selv. Motivasjonslysten må modnes frem hos brukeren, slik at den fører til handling. Slik kan endring skje og helse fremmes, gjennom at brukeren blir motivert til fysisk aktivitet (Kristoffersen, 2016c).

Sykepleieren bør ha som et overordnet mål å hjelpe brukeren til å mestre, ved å styrke personens egne ressurser. På denne måten utvikler brukeren både selvstendighet og uavhengighet, som er forutsetninger for egenomsorg (Alvsvåg, 2018). Denne forståelsen er også i samsvar med Henderson (1961) som mente at sykepleie skal bidra til god helse, på en slik måte at pasienten/brukeren utvikler uavhengighet.

I introduksjonskapittelet ble det hevdet av Schillinger og Becker (2015) at det rådet noe usikkerhet til om fysisk trening har effekt på fatigue, uten at de videre har utdypet eller begrunnet påstanden. Det hadde for eksempel vært interessant å vite hva de legger i begrepet *fysisk trening*, hvordan dette ble gjennomført, hvilke typer pasienter med fatigue som deltok, intensitetsnivå, intervaller mellom øktene og mulighetene til tilstrekkelig restitusjon. En annen svakhet ved studien til Schillinger og Becker (2015), er at den er noe gammel, relativt sett, som følge av at det er publisert flere forskningsstudier i tiden etter at de publiserte sin.

4.2. Helse

I teorikapittelet forklarte jeg hvordan helse kunne forstås på forskjellige måter. Det kan medføre at helse som begrep, kan få litt forskjellig meningsinnhold, avhengig av hvem som uttaler seg. Legger vedkommende vekt på subjektive eller objektive kriterier i sin vurdering av helse, eller en kombinasjon? I så fall hvilken kombinasjon?

I følge Delrieu et al. (2020), viser forskning at effekten av fysisk aktivitet er sammenfallende med aktivitetens belastning på brukeren. For å fremme helse ved å redusere symptomer på fatigue, må intensiteten tilpasses den enkelte bruker. På den ene siden vil en for lav intensitet ikke utnytte brukerens kapasitet og potensiale, og dermed være mindre effektiv enn det som er optimalt (Delrieu et al., 2020). Det kan føre til at brukeren mister motivasjon og blir lei, og på sikt resultere i at vedkommende ikke følger opp en eventuell plan eller avtale med sykepleieren. For hvilken hensikt har det å trene, når brukeren ikke merker bedring over tid, men bruker krefter som han egentlig ville spart (Kristoffersen, 2016c)? Videre påpeker Delrieu et al. (2020) betydningen av at valgte aktiviteter må tilpasses den enkelte. For det som fungerer for den ene, passer ikke nødvendigvis den andre brukeren. Sykepleieren må derfor sørge for at aktiviteten er egnet for brukerens funksjonsnivå og andre individuelle forutsetninger. Dette er i tråd med teorigrunnet som Kristoffersen (2016c) viser til, og som bekrefter betydningen av å stimulere motivasjonens energikomponent, for å igangsette en handling. Aktiviteten bør av den grunn være lystbetont, spesielt når formålet er å opprettholde aktivitet over tid, slik at helse kan fremmes gjennom at symptomer på fatigue reduseres. Brukerne i studien til Delrieu et al. (2020), viser også at når symptomene på fatigue reduseres, økes også livskvaliteten.

På den andre siden viser Delrieu et al. (2020), at for høy belastning kan virke mot sin hensikt. Behovet for restitusjon ser ut til å øke med belastning, og dermed vil en for høy belastning være ineffektiv og påføre brukerne unødvendig utmattelse, som ikke nødvendigvis gir avkastning i form av reduserte symptomer på fatigue (Delrieu et al., 2020).

Kapila et al. (2018) viser i sin forskning at fysisk aktivitet, i tillegg til å redusere fatigue-symptomer, også kan bedre den fysiske funksjonen til brukere som har brystkreft. I seg selv er nok ikke dette funnet veldig overraskende, men når det sees i en større sammenheng, knyttet opp mot en mulig sammenheng med forbedret helse og en mulig overførbarhet til flere brukergrupper med kreft, er det straks mer interessant. I forskningen til Kapila et al. (2018) kunne det med fordel vært tydeliggjort om funksjonsnivået ble bedret, som følge av at fysisk aktivitet reduserte fatigue-symptomene, eller om fysisk aktivitet bidro til å øke funksjonsnivået og dermed muliggjorde mer fysisk aktivitet, som reduserte fatigue (Kapila et al., 2018).

Thomas et al. (2020) fremstår enda sikrere enn både Delrieu et al. (2020) og Kapila et al. (2018), ved å hevde at fysisk aktivitet er et *kraftfullt* tiltak for å begrense fatigue og andre bivirkninger av kreftbehandling. Det er verdt å merke seg at forskningen deres ikke utelukker at fatigue også *kraftfullt* kan *reduseres*. Men at den i desto større grad åpner for at det kan skje, ved at den fysiske aktiviteten tilpasses og tilrettelegges på en slik måte som Kristoffersen (2016c) beskriver.

Når Thomas et al. (2020) viser til resultater av at fysisk aktivitet fremmer helserelatert livskvalitet, må dette kunne forstås som at økt livskvalitet også har fremmet helsen. På bakgrunn av at studien påpeker at det er livskvaliteten som har bedret helsen, antyder

dette at Thomas et al. (2020) tolker helse i betydningen av velvære, som er i tråd med Larsen (2018) sitt tredje eksempel på forståelse av helse, som ble presentert i kapittel 1. Dermed kan ikke dette funnet brukes som bevis for at fysisk aktivitet fremmer helse i form av fravær av sykdom eller fravær av symptomer på sykdom. Likevel er det interessant å merke seg at Thomas et al. (2020) tolker helse på denne måten, og ikke minst er det bra at studien viser at fysisk aktivitet har ført til økt livskvalitet. Men, uavhengig av hvilken forståelse av helsebegrepet som legges til grunn, viser studien at symptomer på fatigue faktisk ble redusert, kraftig. Og det er i samsvar med den forståelsen som denne oppgaven skal vurdere helsefremming i lys av, som ble beskrevet og avklart i avsnitt 1.3.2 *Helsefremmende arbeid*. Dermed kan forskningen brukes som argument for at fysisk aktivitet fremmer helse likevel (Thomas et al., 2020).

En annen innvending som må rettes mot Thomas et al. (2020), er at Delrieu et al. (2020) hevder at det er av betydning å finne egnede aktiviteter tilpasset den enkelte pasient/bruker. Slik at frekvensen og intensiteten på aktiviteten verken blir for stor eller for liten, men heller søker å være så optimal som mulig, for en brukergruppe som har begrenset kapasitet. Som følge av at det er betydelige variasjoner i symptomtrykket av fatigue, viser det viktigheten av individuelt tilpasset oppfølging. Og det er vel heller ikke særlig sannsynlig at aerobic i gruppe, var det som appellerte til majoriteten med fatigue, når Delrieu et al. (2020) trekker frem at aktiviteten må tilpasses slik at den er egnet for den enkelte. Det kan videre spekuleres i om det lave deltakerantallet kan ha sammenheng med nettopp dette, at intervensjonen ikke appellerte til brukerne med fatigue (Thomas et al., 2020). Det kan også tenkes at de deltakerne som faktisk deltok i studien, hadde en forholdsvis høy belastningskapasitet, som ikke var representativ for storparten av brukere med fatigue.

På grunnlag av at studien til Thomas et al. (2020) hadde bare 11 deltakere i sitt utvalg, gjør det studiens troverdighet og validitet liten. Seks av deltakere mottok oppfølging med fysisk aktivitet i tillegg til vanlig oppfølging, og fem var i kontrollgruppen som kun fikk vanlig oppfølging uten fysisk aktivitet. Når utvalget i studien var såpass lite, kan ikke funnene brukes som bevis alene, selv om de kan være med på å understøtte andre studier som presenterer lignende funn. Studien kan muligens gi en indikasjon av sannhet, som kan være interessant for andre som vil forske på det samme i en større skala. Men, når deltakermassen var såpass liten og aktiviteten ikke var tilpasset hver enkelt, som sårt har behov for individuell tilpasning, kan det indikere at forskningen var fundamentert på manglende kunnskaper og vurderinger. Dermed er det muligens ikke så sikkert at symptomer på fatigue *kraftig* kan begrenses generelt, selv om funnet i seg selv er oppløftende og interessant, i lys av det faktiske utvalget av deltakere. Den totale vurderingen av studien, gjør likevel at den dessverre fremstår som noe svak i empirisk sammenheng (Thomas et al., 2020).

Delrieu et al. (2020), som tydeligst løfter frem betydningen av individuell tilpasning hos brukere med fatigue, for å oppnå symptomreduksjon, hadde i motsetning til Thomas et al. (2020) 244 deltakere i sin randomiserte kontrollerte studie.

Et noe annerledes forskningsforsøk som ble utført av Sancho et al. (2015), viser at det nødvendigvis ikke er u hensiktsmessig med gruppetrening for brukere med fatigue. I denne studien ble det funnet at brukere med fatigue fint kunne følge et standardisert treningsprogram, så fremt at det ble tilpasset hver enkelt sine begrensinger og funksjonsnivå. Resultatene viste at brukere med fatigue, som fulgte et standardisert treningsprogram i gruppe, fikk økt livskvalitet, og at metoden var kostnadseffektiv

(Sancho et al., 2015). Dette styrker Thomas et al. (2020) sitt valg av gruppe-aerobic i sin studie, selv om deltakerne ikke ble fulgte opp med individuell tilrettelegging.

Zhang et al. (2018), viser til at brukere med fatigue er ekstra utsatte for depresjon og søvnforstyrrelser. Når studien også peker på en betydelig sammenheng mellom depresjon og søvnforstyrrelser, som er korrelerende med symptomer på fatigue, viser det kompleksiteten av fatigue som fenomen. Videre viser studien funn av at kognitiv atferdsterapi, i kombinasjon med fysisk aktivitet, ga positiv effekt når det var ledet av en sykepleier. På bakgrunn av at fatigue er et komplekst fenomen, er det vanskelig å vurdere årsaksrekkefølgen og effekten av intervensjonene isolert, når både kognitiv atferdsterapi og fysisk aktivitet foregår i kombinasjon. Det hadde vært interessant å få klarhet i om det var den kognitive atferdsterapien som førte til forbedret søvnkvalitet, ved å redusere depresjon. Eller om det var den fysiske aktiviteten, som bidro til at deltakerne opplevde mindre depresjon, og slik oppnådde bedre søvnkvalitet i forskningen til Zhang et al. (2018). Det kan heller ikke utelukkes at begge alternativene hadde effekt hver for seg, og slik kan ha fremkalt en kombinasjonseffekt eller dobbelteffekt.

Det er verdt å merke seg at deltakerne i studien til Zhang et al. (2018), er brukere som enten går til behandling eller har vært til behandling for livmorhalskreft. Det er også nærliggende å anta at brukergruppen kan være bekymret for om kreftsykdommen lar seg kurere eller om den vender tilbake. Denne engstelsen kan lett føre til depresjon, og overnevnte søvnproblematikk (Håkonsen, 2014). På bakgrunn av at fatigue inntreffer hos en stor andel kreftpasienter, muligens hos alle som er under kjemoterapi eller strålebehandling, må sykepleieren være spesielt oppmerksom på dette kryssforholdet mellom fatigue, depresjon og søvnkvalitet (Kvaløy, 2021). Sykepleieren bør gjennom datainnsamlingen kartlegge om brukerne er bekymret eller deprimert. Og i den videre oppfølgingen av dem, bør sykepleieren legge vekt på å fremme fysisk aktivitet i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi, slik forskningen til Zhang et al. (2018) viser betydningen av hos kreftpasienter.

Dersom sykepleieren, ved bruk av kognitiv atferdsterapi, oppnår å redusere depresjon, som ofte er fulgt av negativ tankevirksomhet og grubling, fremmer dette alene forutsetningene for økt søvnkvalitet (Håkonsen, 2014).

4.3. Motivasjon

Som tidligere nevnt, peker Delrieu et al. (2020) på at aktiviteten må tilpasses for optimal effekt, og Zhang et al. (2018) viser til at brukernes symptomtrykk innvirker på forutsetningene til å være aktiv. Slik forstås at motivasjonen kan henge sammen med både opplevelsen av effekt og graden av symptomtrykk, og sykepleieren bør derfor bygge opp under disse faktorene. Dette funnet kan være med på å understøtte Patt et al. (2021) som viser at opplæring i energikontroll gav effekt. Til tross for at treningen hadde høy intensitet og foregikk i gruppe, kan det tyde på at den enkelte deltaker fikk nok så individuell frihet til å tilpasse belastningen selv, i henhold til det deltakerne hadde lært om energikontroll. Dette funnet kan med andre ord understøtte at kunnskap og opplæring er av betydning for brukere med fatigue, og er en viktig sykepleieroppgave overfor brukere med fatigue. På bakgrunn av at Patt et al. (2021) sin studie undersøkte pasienter med multippel sklerose, vil det være noe usikkerhet om hvor overførbare funnene er til andre brukergrupper med fatigue. For eksempel brukere som har fatigue som en senvirkning av kreft. Det kan likevel ikke utelukkes at det kan være mulig også

for kreftpasienter med fatigue å utføre høyintensitetstrening, så fremt det gis god opplæring i energikontroll, og legges stor vekt på individuell tilpasning (Patt et al., 2021).

Studien til Kapila et al. (2018), viser at pasienter som var fysisk aktive før de fikk kreft, var bedre rustet til å opprettholde et visst aktivitetsnivå, enn pasienter som i utgangspunktet hadde et lavt aktivitetsnivå. Pasienter som hadde et lavt aktivitetsnivå, viste seg å ha vanskelig for å legge inn mer fysisk aktivitet etter at de hadde fått fatigue. De opplevde å ha mer enn nok med å være utmattet av selve tilstanden. Det kunne også se ut til at motivasjonen til å utføre fysisk aktivitet, var korrelerende i forhold til symptomtrykket og deres tilgjengelige belastningskapasitet (Kapila et al., 2018). Sykepleieren bør av denne grunn søke å motivere brukeren til fysisk aktivitet, i preventiv hensikt, når det kan forventes at brukeren vil rammes av fatigue. For eksempel som følge av kreft eller kreftbehandling.

I forskningen til Ryckeghem et al. (2017) viser funn at deltakerne i studien opplevde mye usikkerhet rundt sin fatigue, som ble relatert til manglende kunnskaper om tilstanden. Deltakerne uttrykte et behov for opplæring, mer kunnskap, og muligheten til å kunne kontakte en «mellommann» som kunne bistå med svar på spørsmål og tilrettelegging. Denne studien er riktig nok utført i Belgia, så det kan tenkes at oppfølgingen eller mulighetene til oppfølging ikke er de samme som i Norge. Likevel kan kanskje behovet for kunnskap og oppfølging være mer eller mindre det samme. Det viser betydningen av sykepleierens funksjon, slik Henderson (1961) definerer den. Hun antyder at det er en sammenheng mellom mangel på krefter, vilje eller *kunnskap* som hemmer individet i å utføre de gjøremål som det selv ville ha gjort. Sykepleieren må derfor hjelpe brukeren, slik at disse manglene blir kompensert for. I en situasjon med endret helse som følge av fatigue, uavhengig av hvilken forståelse man velger eller har, må sykepleieren blant annet bidra med kunnskap og annen tilrettelegging, slik at uavhengighet kan gjenvinnes, ifølge Henderson (1961).

Dette bekreftes også av studien til Kapila et al. (2018), som viser at det er en sammenheng mellom brukeres kunnskap, om at fysisk aktivitet reduserer fatigue-symptomer, og aktivitetsnivået.

Sammenhengen mellom gjenvinning av uavhengighet og kunnskap, som både Henderson (1961) og forskningen til Ryckeghem et al. (2017) viser, bekreftes også i det teoretiske fundamentet som ble presentert i introduksjonskapitlet av Dragset (2014). Lazarus og Folkmann pekte på at den indre motivasjonen, den som igangsetter en handling, er av størst betydning for den totale opplevelsen av motivasjon, og som individet i størst grad også kan påvirke selv. Det avgjørende i denne sammenhengen er opplevelsen av å ha tilstrekkelige kunnskaper. Enten for å klare å overvinne situasjonen/trusselen eller for å kunne være i stand til å leve med den. Derfor er sykepleierens formidling av kunnskap og opplæring viktig. Og overfor brukere med fatigue, må derfor sykepleieren hjelpe brukerne i størst mulig grad til å leve med sin tilstand, og forsøke å lette symptomtrykket (Dragset, 2014).

I en livssituasjon med plutselig endring, er det helt naturlig at mennesket kan føle sin helse eller sitt liv som truet. Brukerne har kanskje en kreftdiagnose som de fortsatt behandles for, eller nettopp er kurert fra, i tillegg til fatigue. Sykepleieren må da se hele mennesket i møte med brukeren, både kropp og sinn. Som Ryckeghem et al. (2017) sin studie viste, opplevde mange deltakere usikkerhet og utrygghet. Sykepleieren må derfor være oppmerksom, og trygge usikre brukere. I dette arbeidet kan sykepleierens funksjon, med å formidle kunnskap, i seg selv lette mange bekymringer. Dette bekrefter

også funnene til Zhang et al. (2018) om at kognitiv atferdsterapi kan ha effekt på å redusere fatigue sammen med fysisk aktivitet (Drageset, 2014).

Roy (1984) viser til at mennesket blir påvirket av sine omgivelser, og at det selv også kan påvirke omgivelsene tilbake. Derfor bør sykepleieren forsøke å løfte brukernes adaptasjonsnivå ved å styrke hans/hennes egne ressurser (Kristoffersen, 2016a). Etter hvert som brukeren opplever mestring, som følge av økt adaptasjonsnivå og reduserte symptomer på fatigue, kan dette føre til både mer motivasjon og at håp fremmes. Og håp kan bidra til ytterligere økt motivasjon. Ved at brukeren aktivt deltar i fysisk aktivitet, søker kunnskap, planlegger dagen og engasjerer seg, er det et uttrykk for at motivasjon er til stede (Kristoffersen, 2016a).

Det kan også være hensiktsmessig at sykepleieren hjelper brukeren i å forme egne mål, som han/hun har eierskap til, slik at brukeren lettere motiveres til fysisk aktivitet gjennom brukermedvirkning. Sykepleieren kan med fordel ta utgangspunkt i SMART-målene som Kristoffersen (2016c) viser til, for å styrke brukerens egne ressurser. SMART er et akronym, som speiler at målene bør være spesifikke, målbare, aksjonsbaserte, realistiske og avgrenset i tid. Til slutt må det bemerkes at mål som settes, og planer som lages for å fremme motivasjon, må være lystbetonte for å kunne gi effekt (Kristoffersen, 2016c).

4.4. Konklusjon

Denne oppgaven har undersøkt problemstillingen «*hvordan kan sykepleieren fremme helse hos brukere med kronisk fatigue ved å motivere til fysisk aktivitet?*». Ulike forskningsstudier har bekreftet hverandre om at det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet og reduksjon av symptomer på kronisk fatigue. Enkelte studier viser spesielt viktigheten av at den fysiske aktiviteten må tilpasses for å fremme helse og redusere symptomtrykket. Sykepleieren må derfor hjelpe brukeren med å finne egnede aktiviteter, riktig intensitet og frekvens i treningen. Det kan heller ikke utelukkes at gruppeaktivitet er gunstig, så fremt at aktiviteten kan tilpasses den enkelte bruker.

Som følge av at fysisk aktivitet viser seg å redusere symptomer på kronisk fatigue, kan denne oppgaven konkludere med at fysisk aktivitet fremmer helse for brukere med kronisk fatigue, i forståelsen av helse som fravær av sykdom og symptomer på sykdom. Det er også funnet flere funn av at reduserte fatigue-symptomer øker brukeres livskvalitet. Sykepleierens fokus bør derfor være å motivere brukerne til fysisk aktivitet, ved å stimulere den indre motivasjonen, formidle kunnskap og å trygge dem. På denne måten kan sykepleieren trygge brukerne, slik at de tørr å prøve ut ulike mestringsstrategier, og opplever mestring.

For andre som skal forske videre på fatigue og fysisk aktivitet, vil jeg oppfordre til å kartlegge hvordan kostholdsvaner påvirker motivasjonen til å utføre fysisk aktivitet.

Referanser

- Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 50–70). Fagbokforlaget.
- Andreassen, H. F. (2021). Fatigue (utmattelse). *Kreftforeningen*.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/fatigue-utmattelse/>
- Bastøe, L. K. H., & Frantsen, A.-M. (2016). Behovet for søvn og hvile. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 2: Grunnleggende behov.: Bd. b. 2* (3. utg., s. 347–372). Gyldendal akademisk.
- Delrieu, L., Anota, A., Tredan, O., Freyssenet, D., Maire, A., Canada, B., Fournier, B., Febvey-Combes, O., Pilleul, F., Bouhamama, A., Caux, C., Joly, F., Fervers, B., Pialoux, V., Perol, D., & Perol, O. (2020). Design and methods of a national, multicenter, randomized and controlled trial to assess the efficacy of a physical activity program to improve health-related quality of life and reduce fatigue in women with metastatic breast cancer: ABLE02 trial. *BMC Cancer*, 20(1), 622.
<https://doi.org/10.1186/s12885-020-07093-9>
- Drageset, S. (2014). Mestring. I T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 85–98). Cappelen Damm.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991434483744702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22–26.
- Henderson, V. (1961). *Sykepleiens grunnprinsipper*. (2. utg.). Norsk sykepleierforbund.
https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013110508369
- Håkonsen, K. M. (2014). Når følelsene tar kontroll. I K. M. Håkonsen (Red.), *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg., s. 289–319). Gyldendal akademisk.

- Kapila, A. K., Hamdi, M., & Patel, A. (2018). Clinicians Should Actively Promote Exercise in Survivors of Breast Cancer. *Clinical Breast Cancer, 18*(5), 747–749.
<https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.06.008>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling—En historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring: Bd. b. 3* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområde i helsetjenesten. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleie—Fag og funksjon: Bd. b. 1* (3. utg., s. 193–265). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser—Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring: Bd. b. 3* (3. utg., s. 349–406). Gyldendal akademisk.
- Kvaløy, S. (2021, februar 2). *Stein Kvaløy Fatigue etter kreft*. <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Stein%20Kval%20B8y%20Fatigue%20etter%20kreft.pdf>
- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 37–49). Fagbokforlaget.
- NSD—Norsk senter for forskningsdata. (2021).
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Oldervoll, L. (2011). Hjelper fysisk trening mot utmattelse? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 131*(3), 221–221. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0053>
- Ormstad, H., & Eilertsen, G. (2017, februar 24). *Kronikk: «- Kanskje hun bare må ta seg litt sammen»*. <https://forskning.no/a/1164002>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata.no. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Patt, N., Kool, J., Hersche, R., Oberste, M., Walzik, D., Joisten, N., Caminada, D., Ferrara, F., Gonzenbach, R., Nigg, C. R., Kamm, C. P., Zimmer, P., & Bansi, J.

- (2021). High-intensity interval training and energy management education, compared with moderate continuous training and progressive muscle relaxation, for improving health-related quality of life in persons with multiple sclerosis: Study protocol of a randomized controlled superiority trial with six months' follow-up. *BMC Neurology*, *21*(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02084-0>
- Randomisert kontrollert undersøkelse—RCT*. (2021). Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. /kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct
- Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Prentice-Hall.
- Ryckeghem, H., Delesie, L., Tobbacq, E., Lievens, S., Vogelaers, D., & Mariman, A. (2017). Exploring the potential role of the advanced nurse practitioner within a care path for patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(7), 1610–1619. <https://doi.org/10.1111/jan.13244>
- Sancho, A., Carrera, S., Arietaleanizbeascoa, M., Arce, V., Gallastegui, N. M., Giné March, A., Sanz-Guinea, A., Eskisabel, A., Rodriguez, A. L., Martín, R. A., Lopez-Vivanco, G., & Grandes, G. (2015). Supervised physical exercise to improve the quality of life of cancer patients: The EFICANCER randomised controlled trial. *BMC Cancer*, *15*(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1055-x>
- Schillinger, A., & Becker, F. (2015). Fatigue/utmattelse etter traumatisk hjerneskade og hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 331–335. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0271>
- Thomas, V. J., Seet-Lee, C., Marthick, M., Cheema, B. S., Boyer, M., & Edwards, K. M. (2020). Aerobic exercise during chemotherapy infusion for cancer treatment: A novel randomised crossover safety and feasibility trial. *Supportive Care in Cancer*, *28*(2), 625–632. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04871-5>
- Zhang, Q., Li, F., Zhang, H., Yu, X., & Cong, Y. (2018). Effects of nurse-led home-based exercise & cognitive behavioral therapy on reducing cancer-related fatigue in patients with ovarian cancer during and after chemotherapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *78*, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.010>

