

Kandidatnummer: 10074

## **Bacheloroppgave i sykepleie - litteraturoppgave SYG2900**

Hvilke behov for sykepleie er identifisert hos  
pasienter med gynekologisk kreft

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: May Ingvild Sollid

Juni 2023



Kandidatnummer: 10074

## **Bacheloroppgave i sykepleie - litteraturoppgave SYG2900**

Hvilke behov for sykepleie er identifisert hos  
pasienter med gynekologisk kreft

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: May Ingvild Sollid  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden





NTNU

## **Sammendrag**

### Hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse hvilke behov for sykepleie er identifisert hos pasienter med gynekologisk kreft. Samtidig bidrar til økt kunnskap om hvilke tiltak sykepleiere kan gjøre, for å bedre hverdagen og livskvaliteten til pasienter med gynekologisk kreft.

### Metode

Det ble utført en systemisk litteratursøk i to databaser. Seks kvantitative artikler og en kvalitativ artikkel ble plukket ut og analysert med utgangspunkt i Aveyards tematiske analyse.

### Resultat

Pasienter med gynekologisk kreft erfarte flere ubehagelige symptomer som: smerte, kvalme, diaré, obstipasjon, fatigue, insomni og dårlig appetitt. I tillegg kom depresjon, angst og bekymring frem som psykisk byrde. Symptomer som smerte og kvalme viser seg å bli hyppigst behandlet av helsepersonell. Videre ble det identifisert et behov for god kommunikasjon og informasjonsflyt, mellom pasient og helsepersonell og mellom helsepersonell. Flere pasienter savnet informasjon til pårørende. To av tre pasienter oppnår ikke den anbefalte aktivitetsnivået, noe som gir konsekvenser for den fysiske og psykiske helsen til pasienten.

### Konklusjon

Pasienter med gynekologisk kreft har behov for god symptomlindring, kommunikasjon og informasjon, fysisk aktivitet og psykisk støtte. Som sykepleier på sengepost kan det viktigste tiltak være å svare på spørsmål og trygge pasienten ved bekymring og usikkerhet. I tillegg kan sykepleier informere om hvem de kan henvise seg til ved spørsmål etter utskrivelse



NTNU

## **Abstract**

### **Aim**

The aim of this study is to shed light on the need of nursing care identified in patients with gynecological cancer. At the same time contribute to knowledge about what measurements nurses can take, to improve the everyday life and quality of life of patients with gynecological cancer.

### **Method**

A systemic literature search was carried out in two databases. Six quantitative articles and one qualitative article were selected and analyzed based on Aveyard's thematic analysis.

### **Result**

Patients with gynecological cancer experienced several unpleasant symptoms such as: pain, nausea, diarrhea, constipation, fatigue, insomnia, and poor appetite. In addition, depression, anxiety, and worry emerged as psychological burdens. Symptoms such as pain and nausea appear to be the most frequently treated by healthcare personnel. Furthermore, a need was identified for good communication and flow of information, between patient and healthcare personnel and between healthcare personnel. Several patients missed information for next of kin. Two out of three patients do not achieve the recommended level of activity. This turns out to have consequences for the physical and mental health of the patient.

### **Conclusion**

Patients with gynecological cancer need good symptom relief, communication and information, physical activity, and psychological support. As a nurse on bedside duty, the most important measure may be to answer questions and reassure the patient in case of worry and uncertainty. In addition, nurses can provide information on who they can refer to in case of questions after they have been discharged.

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Introduksjon til tema.....	4
1.2 Bakgrunn.....	5
1.2.1 Gynekologisk kreft- hva er det?.....	5
1.2.2 Symptombilde.....	5
1.2.3 Forekomst og prognose.....	6
1.2.4 Behandling.....	6
1.2.5 Seneffekter.....	7
1.3 Hensikt.....	7
1.4 Problemstilling.....	7
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
2.1. <i>Beskrivelse av metode</i> .....	8
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
2.3. <i>Søkehistorikk/søkestrategi</i> .....	9
2.3.1 Valg av søkeord.....	9
2.3.2 Emneord eller nøkkelord.....	10
2.4. Vurdering / utvelgelse av 7 – 10 artikler.....	12
2.5. <i>Analyse</i> .....	14
<b>Kapittel 3 Resultat</b> .....	<b>16</b>
3.1. Deskriptiv presentasjon av artiklene i artikkelmatrise.....	16
3.2. Presentasjon av resultater i hovedtema.....	19
3.2.1 Symptomlindring etter behandling er vanskelig.....	19
3.2.2 Pasienter er ikke fornøyd med kommunikasjon og informasjons flyt.....	21
3.2.3 Kreftpasienter er lite aktiv.....	21
3.2.4 Psykisk belastning- et vanlig symptom.....	22
<b>Kapittel 4 Diskusjon</b> .....	<b>24</b>
4.1. Diskusjonen tar utgangspunkt i resultatene og hvordan de besvarer problemstillingen, i lys av bakgrunnskunnskap og teori.....	24
4.1.1 Symptomlindring etter behandling er vanskelig.....	24
4.1.2 Pasienter er ikke fornøyd med kommunikasjons og informasjonsflyt.....	25
4.1.3 Kreftpasienter er lite aktive.....	26
4.1.4 Psykisk belastning- et vanlig symptom.....	27
4.2. Styrker og svakheter med litteraturstudiet.....	29
4.4. Konklusjon.....	30



NTNU

## 1.0 Innledning

Kreft er en sykdomsgruppe som mange blir berørt av, enten direkte eller indirekte gjennom familie eller venner. Krefttilfeller øker, synonymt med den økende eldre befolkningen. Samtidig er dødeligheten på vei ned, og overlevelsen øker. Flere lever lengre med kreftdiagnosen (Kreftregisteret, 2022a). I 2022 ble 1770 kvinner i Norge diagnostisert med kreft i kjønnsorganet (Kreftregisteret, 2023).

### 1.1 Introduksjon til tema

Som sykepleier kan man møte pasienter med gynekologisk kreft både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I kommunen kan sykepleier møte pasienter med gynekologisk kreft på legevakt, på fastlegekontoret, i hjemmet og på sykehjem (Jerpseth, 2016, s. 133).

Flere av symptomene til pasienter med gynekologisk kreft kan oppstå akutt og trenger akutt behandling. Derfor kan sykepleier møte pasienten fysisk på legevakten eller gjennom legevakt telefonen. Noen av symptomene kan være alvorlig som gjør det aktuelt for videre utredning (Kreftforeningen, 2023a, 2023b, 2023c).

Mange pasienter lever lenge med diagnosen sin og bor hjemme. Her kan en møte pasienten i hjemme sitt, gjennom hjemme baserte tjenester. Denne pasientgruppen trenger ofte tett oppfølging og behandling fra sykepleiere både under og etter behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) I tillegg kan en sykepleier møte pasienten på sykehjem eller lindrende avdelinger. Her møter sykepleiere pasienter med stort behov for hjelp i hverdagen og behov for oppfølging med medisiner.

I løpet av sykdommen sin vil pasientgruppen sannsynligvis bli innlagt i spesialisthelsetjenesten for å få mer spesialisert behandling. I spesialisthelsetjenesten kommer sykehus, ambulansetjenester og opptreningsinstitusjoner. Ved akutt behandling kan sykepleiere møte pasienten i ambulansen på vei til sykehuset. I tillegg kan ambulansetjenesten frakte pasienten fra sykehuset til en institusjoner. På sykehus kan pasientgruppen bli innlagt på gynekologisk avdeling og sengepost, og dagkirurgiske avdelinger. Etter en innleggelse eller under behandlingen sin kan pasienten få kontroll timer på poliklinikker, der sykepleiere tar imot pasienten og eventuelt behandler, alt etter hvilke behandling eller oppfølging pasienten trenger. Når pasienten er ferdig med behandling kan pasientgruppen få tilbud om plass på opptreningsinstitusjoner og møte sykepleiere som jobber der (Jerpseth, 2016, s. 133).



## 1.2 Bakgrunn

### 1.2.1 Gynekologisk kreft- hva er det?

«Gynekologi er læren om sykdommer i det kvinnelige kjønnsorganet» (Jerpseth, 2016, s. 133) Begrepet omfatter sykdommer og symptomer i kvinners eggstokk, eggleder, livmor, livmorhals, skjede og rundt skjedeåpningen (Jerpseth, 2016, s. 133). Menneske kroppen består av flere milliarder celler, der de fleste formerer seg ved å dele seg. Når et menneske får kreft skjer det en feil som fører til ukontrollert celledeling, og cellene utfører ikke den jobben den skal gjøre. Etter hvert som cellene deler seg opphoper kreftcellene på organet der det startet. Etter hver dannes en kreftsvulst. Prosessen tar som regel flere år før svulsten er stor nok til å oppdages. Noen svulst typer har mulighet til å vokse seg inn i andre organer og spre seg via blod og lymfe systemer til andre deler av kroppen. Navnet på krefttypen kommer av hvor kreften befinner seg (Lorentsen V. B. og Grov, E. K., 2016, s. 398-399).

Siden gynekologi rommer så mye, er det flere krefttyper som går under betegnelsen «gynekologisk kreft». Kreft i eggstokkene eller ovariene, kreft i livmoren og kreft i livmorhalsen er de mest vanlige gynekologiske krefttypene (Jerpseth, 2016, s. 133-165).

Tabell 1: Oversikt over de ulike gynekologiske kreftformen

Kreftform:	Tilfeller i 2022:
Kvinnelige kjønnsorganer	1770
Andre kvinnelige kjønnsorganer	136
Livmorhals	302
Livmor legeme	817
Livmor, uspesifisert	7
Eggstokk, eggleder m.m	506
Morkake	2

(Kreftregisteret, 2023)

### 1.2.2 Symptombilde

Siden gynekologisk kreft er en fellesbetegnelse for mange ulike diagnoser vil symptombyrden variere fra hvilke diagnoser en har. Det er vanskelig å oppdage denne diagnosen da symptomene ofte er lite og diffuse (Jerpseth, 2016, s.152-155).



NTNU

Ved livmorkreft er symptombildet: blødning, pusslignende eller farget utflod, mellomblødninger eller store blødninger (Kreftforeningen, 2023c).

Ved eggstokkreft kan pasienten få symptomer som: kvalme og magesmerter, økt buk omfang, endret avføring- eller urinmønster, redusert allmenntilstand, akutte smerter eller blødning fra kjedet (Kreftforeningen, 2023a).

Har en livmorhalskreft kan symptombildet se slik ut: blødning etter samleie eller fysisk aktivitet, blodig og illeluktende utflod, uregelmessig menstruasjon, blødning etter overgangsalderen, smerter i underlivet eller i korsryggen (Kreftforeningen, 2023b).

Mange av disse symptomene er «vanlige» for kvinner å oppleve fra tid til annen, og derfor er det vanskelig å vurdere etter bare symptombildet om en har diagnosen. Ofte må tilleggsundersøkelser som: celleprøve, blodprøve og/ eller bildediagnostikk for å bekrefte diagnosen. Jeg må få frem at de nevnte symptomene også kan være symptomer på andre sykdommer eller diagnoser. Hvis en kjenner seg igjen i symptomene og er bekymret, ta kontakt med legen for videre utredelse (Kreftforeningen, 2023a, 2023b, 2023c).

### *1.2.3 Forekomst og prognose*

Forekomsten av kreft er årlig økende, synonymt med den økende befolkningen, og flere lever lengre. Som nevnt tidligere ble 1770 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft i 2022 (Kreft registeret, 2023). I 2021 var symptomer den hyppigste årsaken til sykdomsutredelse (80,3%). Mange kvinner får også påvist diagnosen gjennom rutinekontroller eller tilfeldige funn (18,3%) (Kreftregisteret, 2022b, s. 16).

Prognosen for kreft øker generelt med alderen. Hos pasienter med livmorkreft er det nå 85,6% overlevelse rate fem år etter diagnosen ble satt. Dersom sykdommen oppdages før kreften har spredt seg, er overlevelsesraten på 97,4% etter fem år (Kreftforeningen, 2023c).

Ved livmorhalskreft ligger prognosen tilnærmet likt som ved livmorkreft. Det er 82,6% overlevelse rate etter 5 år og hvis kreften oppdages tidlig, vil 95,7% fortsatt leve etter fem år (Kreftforeningen, 2023b).

Derimot hos pasienter med eggstokkreft er prognosen betydelig dårligere. Her er overlevelsesraten på 51,9% fem år etter diagnosen er satt. Hvis kreften har spredt seg er overlevelsesraten etter fem år 37,1% (Kreftforeningen, 2023a).

### *1.2.4 Behandling*

Siden gynekologisk kreft er et samlebegrep vil symptom og behandling variere ut fra hvor kreften befinner seg og hvor tidlig sykdommen har blitt diagnostisert (Jerpseth, 2016, s.152-155).



NTNU

Ved Kreft i eggstokken er behandlingen kirurgi. Ved kirurgi fjernes ovariene, livmoren og noe av omentet. Hos fertile kvinner velger en som regel å beholde den ene eggstokken hvis den ikke er påvirket av kreften. Det vurderes ut fra alvorlighetsgraden av kreften. Ved kun en eggstokk er det fortsatt mulig å få barn. I tillegg kan cytostatika og hormoner bli brukt etter inngrepet, for å minske faren for spredning og/ eller svulsten kommer tilbake (Jerpseth, 2016, s.152-155).

Ved livmorkreft behandles det først og fremst kirurgisk. Kjemoterapi er økene brukt ved livmorkreft. I tillegg kan stråleterapi og hormonterapi bli brukt (Jerpseth, 2016, s.152-155).

Livmorhalskreft behandles kirurgisk og deretter strålebehandling og kjemoterapi. Ofte kombineres 2-3 ulike behandlingstyper. I et tidlig stadiet utføres det et enkelt inngrep som kalles konisering. Her blir slimhinnen på livmørtappen skjært vekk, ofte ved bruk av laser. I et senere stadiet kan behandlingen være stråleterapi i vagina og kirurgisk behandling. Har kreften spred seg og pasienten har fått kirurgisk behandling og strålebehandling kan cytostatika gis i et forsøk på å minke størrelsen på svulsten (Jerpseth, 2016, s.152-155).

#### *1.2.5 Seneffekter*

Nye og intensiv kreftbehandling gjør at flere pasienter overlever kreftdiagnosen sin. Derimot utvikler pasienter nye helseproblemer som et resultat av sykdommen og/ eller behandlingen. Seneffekter kan være vedvarende symptomer, begrensning i funksjonsnivået og sykdommer som oppstår under eller etter behandlingen. Ifølge rapporten *Leve med kreft*, har 75% av pasientene som overlever kreft, liten risiko for å utvikle seneffekter. På den andre siden vil det oppstå en økning av personer med seneffekter på grunn av flere pasienter overlever diagnosen og kreft behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Noen pasienter kan utvikle alvorlige seneffekter som hjerte og karsykdommer og ny kreftsykdom. Derimot er det liten risiko for å utvikle disse. Andre senskader som pasienter som har gjennomgått kreftbehandling kan få er: fatigue, hetetokt, tidlig overgangsalder hos kvinner, nedsatt fertilitet, kognitive utfordringer, munn-/ tannproblemer, nedsatt smaksfunksjon, diaré, forstoppelse, urinveisproblemer, lymfeødem, nerveskade og nedsatt muskelkraft og bevegelighet. (Kreftforeningen, 2023d).

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke behov for sykepleie pasienter med gynekologisk kreft har og hva som er aktuelle sykepleieroppgaver hos denne pasientgruppen.

### **1.4 Problemstilling**

Følgende problemstilling skal tas opp i denne oppgaven: «Hvilke behov for sykepleie er identifisert hos pasienter med gynekologisk kreft»

## 2.0 Metode

### 2.1. *Beskrivelse av metode*

Hvilken metode jeg velger krever refleksjon rundt hva en ønsker å få av data. Metoden kan deles inn i kvalitativ- og kvantitativ metode. Kvalitativ metode er en forskningsmetode som henter inn data som baserer seg på tekst og svar, i motsetning til kvantitativ data som henter inn tall eller andre store termer. Kvalitativ bruker ofte intervjuer, observasjon eller analyser, derimot kvantitativ kan hente inn data med bruk av spørreskjema, eller survey. Selv om disse metodene er forskjellige, vil de sammen gi et godt overblikk. (Grønmo, 2023).

Jeg ønsker å finne ut hvilke behov for sykepleie pasienter med gynekologisk kreft trenger. Dermed vil det være passende å ta for seg en stor gruppe mennesker i forskningen, for å finne ut hvilke behov som går igjen. I tillegg vil det gi et godt overblikk over hvilke sykepleieroppgaver som er relevante. Dermed tenker jeg en kvantitativ forskningsmetode vil være aktuelt. Jeg har valgt å ikke ekskludere kvalitative forskningsartikler da begge metodene utfyller hverandre og gir et godt overblikk av problemstillingen. (Grønmo, 2023).

### 2.2. **Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Problemstillingen min: hvilke behov for sykepleie er identifisert hos pasienter med gynekologisk kreft» gjør det naturlig å ha et pasientrettet syn. Dermed har jeg inkludert pasientens opplevelser og syn. På grunn av at pasientgruppen er: pasienter med gynekologisk kreft, blir det en naturlig ekskludering av menn i forskningsartiklene og i denne oppgaven. Videre er det mye forskning innen kreft, noe som gjør at jeg vil sette søkelys på ny forskning. Derfor ekskluderer jeg artikler som er eldre enn 2010.

Pasientgruppen jeg ønsker å skrive om er eldre pasienter over 60 år med gynekologisk kreft sykdom. Derfor ekskluderer jeg forskningsartikler der pasientgruppen er yngre enn 60 år. Grunnen jeg valgte å sette denne begrensningen er fordi World Health Organisasjon definerer «eldre» eller «eldre voksne» mellom 60-74 år (Engedal, 2019). I tillegg er gjennomsnittsalderen på livmorkreft 65 år (Helsedirektoratet, 2021). Derfor har jeg valgt å ta en kompromiss der jeg fokuserer på eldre voksne over 60 år. Samtidig tar jeg aldergruppen med en liten klype salt. Jeg har funnet forsknings artikler som tar for seg voksne ned til 58 år. Siden aldersspennet ikke er så stort, i tillegg er det lite forskjell både fysisk og psykisk mellom voksne fra 58-60 har jeg valgt å inkludere de forskningsartiklene.

Samtidig vil jeg fokusere på pasienter med gynekologisk kreft som man møter i spesialisthelsetjenesten, spesifikk på sykehus. Som nevnt tidligere kan en sykepleier møte denne pasientgruppen på gynekologisk avdeling og sengepost, poliklinikker, og dagkirurgiske avdelinger. Samtidig er det viktig å få frem at jeg ikke skal sette søkelys på kreftsykepleier eller andre spesial utdannelse som denne pasientgruppen kan møte i

helsevesenet. Derfor ekskluderer jeg artikler som fokuserer på spesialutdannelse. På den andre siden har jeg tatt med noen artikler der spesial utdannelse blir tatt opp, men i disse artiklene har jeg vurdert forskningen som like aktuelt for sykepleiere og har derfor inkludert disse artiklene.

I tillegg er det viktig at denne pasientgruppen har behov for sykepleie. Jeg ønsker å finne ut hvilke behov for sykepleie de kan trenge. Det kan være alt fra fysiske symptomer til psykisk belastning og livskvalitet. Siden jeg fokusere på spesialisthelsetjenesten, vil symptomene være akutte eller oppstår på sykehus, eller være symptomer som pasienten sliter med kronisk. Det kan også være symptomer som påvirker livskvaliteten i senere tid. Det vil si hva en sykepleier kan gjøre for å best forberede pasienten på utskrivelse.

Tabell 2: inklusjons- og eksklusjons kriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasienter med gynekologisk kreft</li> <li>- Pasienter i spesialisthelsetjenesten</li> <li>- Pasienter som trenger sykepleier.</li> <li>- Handler om livskvalitet eller pasientens behov</li> <li>- Pasientens opplevelser og syn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naturlig ekskludering av menn</li> <li>- Pasienter yngre enn 60</li> <li>- Ikke sykepleier relevant</li> <li>- Forskning som fokuserer på spesial utdannelse</li> <li>- Artikler eldre enn 2010</li> <li>- Artikler som fokusere på behandling</li> <li>- Ikke IMRAD-struktur</li> </ul>

### 2.3. Søkehistorikk/søkestrategi

Forsknings artiklene har jeg funnet ved å søke i forskjellige databaser. Først måtte jeg velge hvilke databaser jeg ville bruke. Jeg brukte PubMed og Cinahl, fordi jeg opplevde det som enkelt å lage et strukturert søk i tillegg til det var stor variasjon på forsknings artiklene. PubMed er en medisin og helsevitenskapelig database og Cinahl er en sykepleier rettet database. I de nevnte databasene gjorde jeg et strukturert søk for å finne relevante forskningsartikler.

#### 2.3.1 Valg av søkeord

For å finne søkeordene ble det benyttet PICO-skjema, tatt fra kunnskapsbasert praksis. PICO-skjema er en strukturert metode for å utvikle søkeordene sin med utgangspunkt i problemstillingen. PICO står for «P» population eller problem. Det vil si hvilke pasientgruppe eller populasjon problemstillingen dreier seg om. «I» står for intervention: hva er fenomenet ved denne pasientgruppen, «C» Comparison: hva kan man

sammenligne med resultatene og «O» outcome: resultatene eller hva en vil oppnå. (helsebiblioteket, 2021).

Jeg har valgt å ta med tre «P»: Gynecological cancer patients, nurses og older adults. Videre vil jeg finne ut hvilke behov for sykepleie er identifisert, og la til quality og life under intervention. Videre vil jeg fokusere på spesialisthelsetjenesten under comparison. Specialist care ga ingen treff, derfor brukte jeg Hospitals. Til slutt kommer outcome og her la jeg til Maintaining quality of life, symptom management, coping management og empowerment. Som det kommer frem i Tabell 4 ble ikke «P»: older adults, «I» og «O» tatt med i søketabellen. Fordi det ga minimalt med treff. Derimot tar jeg med ordene i tabell 3 for å illustrere hvordan jeg har tenkt

Tabell 3: Pico skjema

<b>P</b>	Population/ problem	Gynecological cancer patients Gynecological neoplasms
<b>P</b>	Population/ problem	Nurses Nursing Nursing role
<b>P</b>	Population/ problem	Older adults (over 60 years)
<b>I</b>	Intervention	Quality of life
<b>C</b>	Comparison	Hospitals
<b>O</b>	Outcome	Maintaining quality of life Symptom management Coping management Empowerment

### 2.3.2 Emneord eller nøkkelord

Først satte jeg opp «Gynecological cancer» som er pasientgruppen, men siden det ikke eksisterte som et MesH terms (emneord) ble det et nøkkelord og «Genital Neoplasms, Female» som MesH terms. Videre ønsker jeg finne ut hvilke behov for sykepleier denne

pasientgruppen har og la til «Nursing role» og «nurses» som MesH tearms i tillegg til «nursing» som nøkkelord da det ikke eksisterte som emneord. Grunnen til jeg valgte så mange søk for sykepleier er for å få flere artikler som omhandler det sykepleierfaglige. Videre ønsker jeg å fokusere på spesialisthelsetjenesten og sykehus da det er her jeg som sykepleier kan komme i kontakt med denne pasientgruppen. Derfor la jeg til «Hospitals» som et emneord. Deretter la jeg inn tidsbegrensning fra 2010-2023 for å få de nyeste forskningsartiklene.

Tabell 4: Søketabell

Søkeord	Cinahl	PubMed
(MH "Genital Neoplasms, Female+") OR "gynecological cancer"	46,795	255,625
(MH "Nursing Role")	62,624	45,944
(MH "Nurses+")	230,124	97,863
"nursing"	786,272	648,506
(MH "Nursing Role") OR (MH "Nurses+") OR "nursing"	869,106	690,088
(MH "Hospitals+")	131,087	315,107
(MH "Genital Neoplasms, Female+") OR "gynecological cancer" AND (MH "Nursing Role") OR (MH "Nurses+") OR "nursing" AND (MH "Hospitals+")	56	50
(MH "Genital Neoplasms, Female+") OR "gynecological cancer" AND (MH "Nursing Role") OR (MH "Nurses+") OR "nursing" AND (MH "Hospitals+") 2010-2023	37	27



NTNU

## 2.4. Vurdering / utvelgelse av 7 – 10 artikler

Gjennom utvelgelse av forskningsartikler hadde jeg foran meg inklusjons og eksklusjonskriteriene. Som nevnt over satte jeg en tidsbegrensning for å luke ut alle artiklene som er eldre enn 2010. Videre leste jeg gjennom overskriftene til alle artiklene. Alle som omhandlet behandling og som ikke var sykepleie relevant luket jeg ut. De som virket relevante for min problemstilling gikk jeg dypere inn i, og lese gjennom abstraktet til artiklene. Spesielt fokuserte jeg på resultat og konklusjonsdelen for å vurdere om forskningen ga svar på min problemstilling. De som ikke gjorde det luket jeg ut. Til slutt satt jeg igjen med elleve artikler som kunne gi et svar på problemstillingen min. Disse elleve artiklene hentet jeg ut full tekst på og leste gjennom hele artiklene. Med ekstra søkelys på resultat delen.

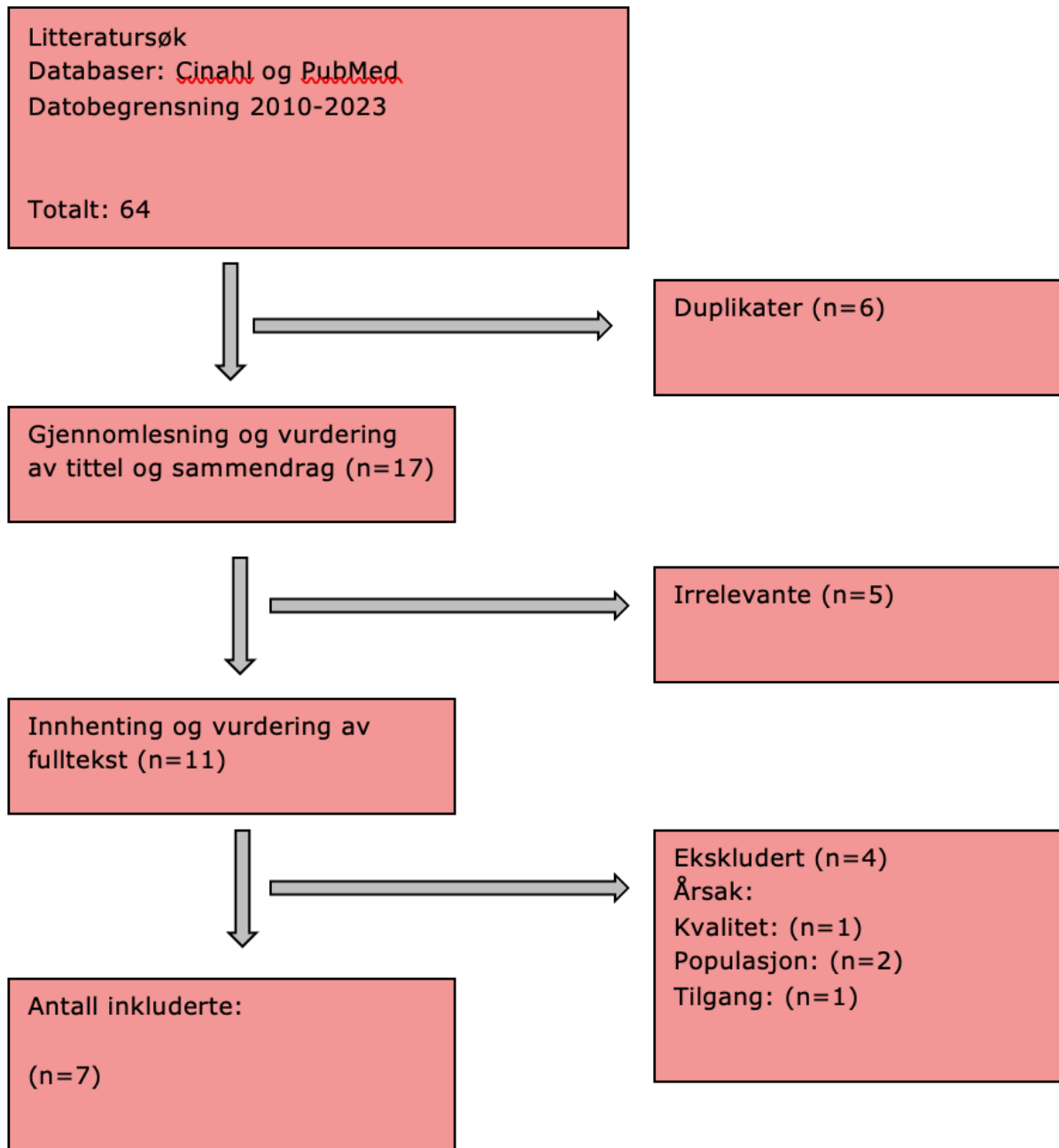
Deretter ekskluderte jeg fire forskningsartikler. To av artiklene ble ekskludert pga. populasjonen i forskningen. En ene hadde en gjennomsnittsalder på 46 år. Som nevnt i eksklusjonskriteriene vil jeg ekskludere forskning der pasientgruppen er yngre enn 60 år. Videre ble den andre artiklene ekskludert fordi forskningen baserte seg på sykepleiers syn og var ikke pasientrettet. En artikkel ble luket ut på grunn av kvaliteten i forskningen og oppsettet. Artikkelen var vanskelig å lese og var ingen klar IMRAD-struktur. Det var heller ingen abstrakt. Derfor vurderte jeg artikkelen som dårlig kvalitet og den ble ekskludert. Til slutt fant jeg en artikkel der jeg ikke hadde tilgang til å se full tekst. Siden jeg alt hadde syv forskningsartikler, og jeg hadde tidsbegrensning på meg, vurderte jeg det som tidskrevende og ikke nødvendig å ta med. Derfor ekskluderte jeg den.

For oversikt over utvelgelse av forsknings artiklene se tabell 5.





Tabell 5: Prisma-skjema



## 2.5. Analyse

Jeg har valgt å arbeide etter Aveyards tematiske analyse (2019, s. 141-148). Første steg var å identifisere temaene mine. Jeg tok for meg alle de syv artiklene mine og leste gjennom nøye og fremhevet de funnene som var relevant for min problemstilling. Deretter satte jeg funnene inn i litteratur matriser for å bedre få en oversikt over funnene i studiene (se tabell 9). Videre plukket jeg ut hva som var hovedfunnene fra de syv studiene og prøvde å navngi disse med mine egne ord. Jeg kom frem til:

Tabell 6: Hovedtema med forbehold om endring.

Symptomlindring etter behandling	Kommunikasjon og informasjons flyt	Aktivitet	Psykisk belastning
----------------------------------	------------------------------------	-----------	--------------------

Disse temaene gikk igjen i forskningsartiklene jeg har funnet (se tabell 7). Videre vurderte jeg om de nevnte temaene hadde sammenheng med problemstillingen min. Ettersom jeg velger å se etter hvilke tiltak jeg som sykepleier kan gjøre for pasienter med gynekologisk kreft vil disse temaene være relevant å diskutere videre. Videre identifiserte jeg temaene og merket ut hvilke artikler som passer inn i hvert tema. For å illustrere det nevnte, brukte jeg den tematiske analysetabellen fra Aveyard (2019, s. 143):



Tabell 7: Tematisk analyse tabell

	Tema tittel:			
Forsknings artikler:	Symptomlindring etter behandling	Kommunikasjon og informasjons flyt	Aktivitet	Psykisk belastning
(D'Errico & Fessele, 2021)			x	x
(Grob et al, 2016)		x		
(Liu et al., 2010)	x			
(Sven et al, 2016)	x			x
(Sun et al, 2013)	x			
(Pasek et al, 2012)	x		x	x
(Fitch & Steele, 2010)	x	x		x

Etter å ha navngitt og sortert temaene vurderte jeg videre å omskrive navnene til temaene som fremmer en god diskusjon. Jeg kom frem til:

Tabell 8: Hovedtema

Symptomlindring etter behandling er vanskelig	Pasienter er ikke fornøyd med kommunikasjon og informasjons flyten	Kreftpasienter er lite aktiv	Psykisk belastning er krevende
---	--	------------------------------	--------------------------------

## Kapittel 3 Resultat

### 3.1. Deskriptiv presentasjon av artiklene i artikkelmatrise

Tabell 9: Resultat fremstilt i syv matriser

Tittel, forfatter, publiserings år, tidsskrift og land	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering og etisk overveielser	Relevansen for problemstilling
<p>"A Retrospective, Cross-Sectional Study of Self-Reported Physical Activity and Depression Among Breast, Gynecologic, and Thoracic Cancer Survivors."</p> <p>Michelle D'Errico and Kristen L. Fessele</p> <p>January 2021</p> <p>Oncology nursing forum- Oncology nursing society (ONS)</p> <p>United states of Amerika</p>	<p>Å beskrive kreft overlevende selvrapportert aktivitetsnivå og intensitet av aktiviteten og depresjon.</p>	<p>A retrospective, cross-sectional study</p> <p>Kvantitativ forskningsmetode</p> <p>Fysisk aktivitet var vurdert ved å bruke «Godin-Sephard Leisure- Time physical activity Questionnaire» og depresjon: «Patient health questionnaire». I tillegg ble karakteristikker, inkludert, alder, kjønn, etnisk tilhørighet, år siden diagnose, smerter, BMI, røyking og sivilstatus og jobb status ble vurdert.</p>	<p>62% (n=872) av Alle pasient gruppene var lite aktiv</p> <p>7% (n=105) av pasientene skåret stor eller liten grad av depresjon.</p> <p>3% (n=44) av de 7% skåret moderat til alvorlig grad av depresjon</p> <p>36% (n=131) av pasientene med gynekologisk kreft møtte anbefalt fysisk aktivitet nivå og 7% (n=25) hadde noen form for depresjon..</p> <p>Pasienter med brystkreft hadde større sannsynlighet for å møte den anbefalte aktivitetsnivået enn de med gynekologisk kreft og lunge kreft. Det er ingen forskjell på forekomst og alvorlighetsgraden av depresjon</p> <p>Sykepleiere burde prate om pasientens deltagelse og rutine ved fysisk aktivitet og motivere de til å møte den ukentlige anbefalingen angående varighet og intensitet av den fysiske aktiviteten.</p>	<p>Utgitt i: Oncology nursing society (ONS) som representerer 100 000 sykepleiere og over 35 000 medlemmer.</p> <p>Forfattere: Michelle D'Errico, s a clinical nurse II and Kristen L. Fessele, PhD, is a nurse scientist, both at Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York, NY</p> <p>Alle artikler i Oncology Nursing Forum er peer review av eget review board.</p>	<p>Tar for seg viktigheten av fysisk aktivitet og psykisk helse. Resultatet kommer fra til viktigheten av sykepleiers rolle i pasientens rehabilitering og hvordan motivere til mer fysisk aktivitet kan gi bedre psykisk helse. I alt gir en bedre livskvalitet for pasienten etter gjennomgått gynekologisk kreft.</p>

Tittel, forfatter, publiserings år, tidsskrift og land	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering og etisk overveielser	Relevansen for problemstilling
<p>"Women's experiences of nurse case management on a gynaecological oncology unit in a Swiss tertiary hospital. A thematic analysis."</p> <p>Silvia Grob, Cornelia Blauer, Irena Anna Frei</p> <p>January 2016</p> <p>Scandinavian journal of caring sciences</p> <p>University Hospital Basel, Basel, Switzerland</p>	<p>Utforske kvinners opplevelse og få dypere forståelse av sykehusbasert «nurse case management» på en gynekologisk kreft enhet og kvalitets evaluere konseptet «nurse case management».</p>	<p>A thematic analysis</p> <p>Kvalitativ forskningsmetode</p> <p>Ti pasienter ble intervjuet og intervjuene ble analysert mellom september 2014 og May 2015</p>	<p>Pasientene forklarte at vennskapelighet var en viktig kvalitet hos «nurse care management»</p> <p>Tillit var sett på som basis for et kontinuerlig forhold mellom pasient og sykepleier. Vennskapelighet og opplevelse av at sykepleier er til stede var også viktig.</p> <p>Viktig at sykepleier er vel informert og kan dele informasjonen med både pasient og andre helsepersonell.</p> <p>Noen av pasientene uttrykte at sykepleieren kunne bli bedre på å kommunisere med hverandre.</p> <p>Pasientene i studien opplevde mangel av informasjon til pårørende. Pasientene måtte selv avtale møter eller dele informasjon videre.</p> <p>Noen pasienter opplevde mangel på informasjon om rehabiliterings tjenester.</p> <p>Det var hjelpfullt for pasienten å ha en person å henvise seg til. Gjorde situasjonen med sykdom lettere å håndtere for pasienter med gynekologisk kreft.</p>	<p>Etisk godkjent av Regional Ethics committee</p> <p>Pasientene signerte et samtykke skjema.</p> <p>Silvia Grob MScN, RN (colinical nurse specialist)</p> <p>Cornelia Blauer, PhD, RN (lead clinical nurse specialist)</p> <p>Irena Anna Frei PhD, RN (head practice development unit in nursing)</p> <p>Peer review gjennom andre studenter .</p>	<p>Tar for seg pasientens syn på sykepleier. Tillit, vennskapelighet, god informasjon og føle at sykepleier er der gjør pasientens situasjon lettere. Tar for seg «nurse care management» men jeg ser på denne studien som aktuelt for sykepleie.</p>

Tittel, forfatter, publiserings år, tidsskrift og land	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering og etisk overveielser	Relevansen for problemstilling
<p>Patterns of symptoms in women after gynecologic surgery.</p> <p>Shan Liu, Elizabeth Ercolano, Mary Lou Siefert, Ruth McClorkle.</p> <p>March 2010</p> <p>Oncology Nursing Forum- Oncology Nursing society (ONS)</p> <p>United States of America</p>	<p>Å utforske symptomer over tid og relasjonen mellom utvalgte demografiske og kliniske karakteristika.</p>	<p>Secondary analysis of longitudinal data.</p> <p>Kvantitativ forskningsmetode</p> <p>Sekundær analyse som bruker statistiske prosedyrer ved bruk av beskrivende og generelle estimeringsligninger ble utført på symptomer og sykdomsdata i en undergruppe av en stor sykepleierintervensjonsstudie.</p> <p>66 kvinner med gynekologisk kreft som er postkirurgisk og satt opp til kjemoterapi behandling.</p>	<p>Det ble funnet to hovedgrupper av symptomer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. smerter, tarm dysfunksjon, forstyrret søvn, depresjon, kvalme og dårlig appetitt.</li> <li>2. Fatigue, angst, hår tap, og nummenhet.</li> </ol> <p>Hovedgruppe 1 reduserte betydelig over tid sannsynlig relatert til det kirurgiske inngrepet. Gruppe 2 reduserte ikke betydelig over tid, sannsynlig relatert til den pågående kjemoterapien eller strålebehandlingen.</p> <p>Den totale symptom mengden redusertes over tid.</p> <p>Jo mer symptomer pasienten rapporterte økte sannsynligheten at hun bruke tool kit (hefte med årsak til symptom, strategier for å håndtere symptomene, kommunisere med helsepersonell og informasjons kilder)</p> <p>Nummenhet var dominerende i eldre kvinner.</p>	<p>Alle artikler i Oncology Nursing Forum er peer review av eget review board.</p>	<p>Tar for seg symptomer I yngre og eldre pasienter med gynekologisk kreft. Viser at god informasjon enten ved samtaler eller ved bruk av Tool Kit gir mindre symptomer. Tar for seg mange måter å diskutere hvordan sykepleiere kan gi pasienten en bedre livskvalitet med symptomlindring.</p>

Tittel, forfatter, publiserings år, tidsskrift og land	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering og etisk overveielser	Relevansen for problemstilling
<p>"Palliative care needs of patients with gynaecologic cancer."</p> <p>Memnun Sven, Eda Sahin, Sakine Yilmaz and Aygul Akyuz</p> <p>June 2016</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Turkey</p>	<p>Å identifisere gynekologisk kreft pasienters behov for palliasjon ved å bruke spørreskjema som kartlegger tre nivåer av behov.</p>	<p>A cross-sectional descriptive study</p> <p>Kvantitativ forskningsmetode</p> <p>Totalt 134 kreft pasienter fra et kreftsykehus i Tyrkia var med i denne studien. Et datainnsamlingskjema, et kort medisinsk utfall undersøkelse og de tre nivåene av behov spørreskjema ble brukt for å samle data.</p>	<p>Gjennomsnittsalderen var 59 år.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 69,3% av pasientene hadde ingen behov for seksuell intimitet.</li> <li>- 33,5% følte de var en byrde for familien.</li> <li>- 28,4% følte seg ensom</li> </ul> <p>De mest relevant temaene var: slitsomhet, å føle seg deprimert, og problemer ved å utføre fysisk aktivitet.</p> <p>De mest umøtte behovene var: slitsomhet/ fatigue (60,5%), føle seg deprimert (47,4%) og mangel på appetitt (38,5%)</p> <p>Smerter (38,1%) og kvalme (26,3%) var de mest vanlige symptomene som ble behandlet av helsepersonell.</p> <p>Helsepersonell klarte ikke å gjenkjenne og behandle fatigue, depresjon og lite appetitt. Samtidig kan helsepersonell glemme å revurdere symptomer da de ser på symptomene som løst.</p> <p>The study findings show that gynecologic cancer patients have relatively high prevalence of symptoms and unmet palliative care needs.</p>	<p>Denne studien ble gjennomført etter godkjenning fra sykehusets etiske komite.</p> <p>Journal of Clinical Nursing (JCN) er et internasjonalt fagfellevurdert, vitenskapelig tidsskrift.</p>	<p>Forskningen viser at pasienter med gynekologisk kreft har relativt mye symptomer og umøtt palliasjon behov.</p> <p>Sykepleiere må bli bedre å gjenkjenne plagsomme symptomer og revurdere symptomene forløpende.</p>

Tittel, forfatter, publiserings år, tidsskrift og land	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering og etisk overveielser	Relevansen for problemstilling
<p>"Toxicities, complications, and clinical encounters during intraperitoneal chemotherapy in 17 women with ovarian cancer."</p> <p>Virginia Sun, Shirley Otis-Green, Robert Morgan, Mark Wakabayashi, Amy Hakim, Maria Elenita Callado, Eunice Yang, Betty Ferrell, Marcia Grant.</p> <p>June 2013</p> <p>European Journal of oncology Nursing</p> <p>United States of America</p>	<p>Hensikten med denne deskriptive studien var å beskrive sykepleierimplikasjoner knyttet til toksisiteter, komplikasjoner og kliniske møter hos kvinner med eggstokkreft som fikk IP- kjemoterapi.</p>	<p>Deskriptive studie</p> <p>Kvantitativ forskningsmetode</p> <p>17 kvinner med ovarie kreft som fikk IP- kjemoterapi på et NCI- utpekt kreftsentre. Data relatert til IP-kjemoterapi oppsummering, kliniske møter og innleggelse ble innhentet gjennom omfattende kart revisjon.</p>	<p>Gjennomsnittsalderen var 58,8 år.</p> <p>Vanlig behandlings toksisitet er kvalme og oppkast, fatigue, hypomagnesemi, smerter, nevropati, anemi og obstipasjon.</p> <p>Grunnen for dosejustering var kateter komplikasjoner og kjemoterapi toksisitet.</p>	<p>Godkjent av the internasjonale review board</p>	<p>Tar opp bivirkning etter kjemoterapi.</p> <p>"Nursing also plays an essential role in the education and coordination and care for women who are receiving IP chemotherapy."</p> <p>"Nurses can also meet the challenge of supporting womens physical and emotional demands while undergoing IP therapy."</p>

Tittel, forfatter, publiserings år, tidsskrift og land	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering og etisk overveielser	Relevansen for problemstilling
<p>Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy.</p> <p>Malgorzata Pasek, Laila Suchocka and Krzysztof Urbański.</p> <p>June 2012</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Poland</p>	<p>Å evaluere livskvaliteten til sykehusinnlagte pasienter med cervical kreft behandlet med strålebehandling.</p>	<p>Survey</p> <p>Kvantitativ forskningsmetode</p> <p>Studien ble utført i seks kreft sentre i Polen mellom juni 2004-december 2005, inkludert 205 kvinner sykehusinnlagt med ulike nivåer av cervical kreft.</p> <p>The EORTC QLQ-C30 spørreskjemaet var brukt til å evaluere pasientens livskvalitet. Undersøkelsen ble gjort tre ganger: før behandling, etter behandling ved utskrivelse og fem-seks måneder etter behandling.</p>	<p>Fysisk funksjon ble vurdert som verst før strålebehandling og økte gradvis gjennom flere stadier: alle forskjeller mellom trinn viser seg å være betydelige.</p> <p>Emosjonell funksjon skåret høyst før oppstart av behandling og var lavest på stadium 2.</p> <p>Alder og kreftstadium hadde ingen innflytelse på deltagerens oppfattelse av livskvalitet.</p> <p>Totalt sett ble livskvaliteten evaluert som høyest umiddelbart etter avsluttet behandling.</p> <p>Tyngste problemet: Før behandling: bekymring, depresjon, angst, og økonomisk problemer</p> <p>Rette etter behandling: problemer med å utføre slitsomme aktiviteter, dårlig appetitt, bekymring og fatigue.</p> <p>5-6 måneder etter behandling: begrensning å utføre slitsom aktivitet, økonomisk vanskeligheter forårsaket av behandling eller helsestanden, fatigue og bekymring.</p>	<p>Journal of Clinical Nursing (JCN) er et internasjonalt fagfellevurdert, vitenskapelig tidsskrift.</p> <p>Alle deltakere ga et skriftlig konsent før starten av undersøkelsen. Studien ble godkjent av the bioethics committee på Maria Skłodowska Curie Memorial institusjon of oncology cancer center i Cracow.</p>	<p>Tar for seg plagsomme symptomer som pasienter opplever. Relevant for sykeleie. Fysisk funksjon, emosjonell funksjon, livskvalitet og de tyngste problemene som pasientene rapporterer.</p>

Tittel, forfatter, publiserings år, tidsskrift og land	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering og etisk overveielser	Relevansen for problemstilling
"Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer"  Margaret I. Fitch & Rose Steele  2010  Canadian Oncology Nursing Journal  Canada	Hoved hensikten med studien var å forbrede kvaliteten på behandlingen til kvinner med ovarie kreft.  Den umiddelbare hensikten var å identifisere hvor stor støttende omsorgsbehov som oppleves av kvinner med eggstokkreft på et ambulerende kreftsenter.  Sekundær hensikten var å finne ut om pasientene ønsket hjelp i møte med de utrykte behovene.	Cross-sectional, deklinertive study  Kvantitativ forskningsmetode  Alle deltakerene med ovarie kreft som går på kreft senterets gynekologiske klinikk i over fire måneder ble kontaktet for å delta. Tilnærmingen ble gjort i resepsjonen der en forskningsassistent forklarte studiets mål. De som godtok deltagelse i studien signerte et samtykkeskjema. De ble så gitt et selvrapportert spørreskjema, mens de ventet på timen sin.	Gjennomsnittsalder= 59,4 år. Nesten halvparten av deltagerne var over 65 år.  - 25% av kvinner forklarte et problem relatert til informasjonsdomenet: bli informert om de tingene pasienten selv kan gjøre for å hjelpe seg selv å bli bedre (n=15), bli informert om test resultater så fort som mulig (n=14), og få forklaring på ting pasienten ønske å få forklaring på (n=13) - 25% av pasientene utrykte fysiske behov - Frykt for at kreften returnerer (n=39) og frykt for spredning (n=35) var de topp to bekymringene. - 25% av kvinnene utrykte emosjonell behov. - 10 mest vanlige: emosjonell (tristhet, depresjon, bekymring for resultatet etter behandling er utav din kontroll), fysisk (lite energi, ikke klare å gjennomføre vanlige ting), psykologisk (redsel for at kreften kommer tilbake, redsel for spredning), sosial (bekymring for at pårørende er bekymret), spiritual (uklart for fremtiden), praksis (forandring i vanlige rutiner og livsstil) - 50% av pasientene utrykte behov og ønske for hjelp.	editorial board will collaborate with editorial boards of other journals and indexes to increase the quality and accessibility of nursing literature.  Fulgte etiske retningslinjer.	Tar for seg kommunikasjon og byrden av symptomer. Samtidig viser at pasienter ønsker videre hjelp ved symptomlindring.

## 3.2. Presentasjon av resultater i hovedtema

### 3.2.1 Symptomlindring etter behandling er vanskelig

Pasienter med gynekologisk kreft opplever flere ulike symptomer som resultat av kreft sykdommen og behandlingen. Liu et al. (2010) gjennomførte en sekundær analyse over 24 uker for å kartlegge symptom mønsteret hos pasienter med gynekologisk kreft. Studien ble gjennomført på et sykehus og kreft senter nordøst i USA. Alle 66 kvinnene som deltok i studien, gjennomgikk kirurgisk behandling og var satt opp til å få kjemoterapi (Liu et al., 2010).

Det ble identifisert to forskjellige grupper med symptomer. Den første gruppen inkluderer: smerter, tarm dysfunksjon, forstyrret søvn, depresjon, kvalme og dårlig appetitt. Symptomene i denne gruppen reduserte betraktelig i løpet av 24 uke. På grunn av resultatet kan man anta disse symptomene kommer av det kirurgiske inngrepet, og symptomene avtar gradvis når kroppen fått tid til å komme seg etter inngrepet. Andre gruppen med symptomer inkluderte: Fatigue, angst, hår tap, og nummenhet. Disse symptomene var stabil i løpet av de 24 ukene. Samtidig som denne studien foretok gikk de fleste deltakerne på en type etterbehandling som: kjemoterapi eller strålebehandling. Vi kan forvente disse symptomene kommer av behandlingen pasientene får (Liu et al., 2010).

En annen studie tar for seg symptombyrden. Her blir symptomer som smerte, kvalme, fatigue, mangel på appetitt, insomni, obstipasjon og diaré vist å være til stede gjennom

helse pasientforløpet. Denne studien ble gjennomført i seks kreft senter i Polen fra juni 2004- desember 2005. 205 kvinner som var innlagt med forskjellig grad av livmorhals kreft deltok. Spørreundersøkelsen ble gjort ved innleggelse, etterbehandling og ved utskrivelse og en siste gang 5-6 måneder etter utskrivelse. Symptomer som kvalme og oppkast, og diaré viser å være verst ved utskrivelse. Over alt viser undersøkelsen kvinnenes livskvalitet var høyest rett etter gjennomført behandling, ved utskrivelse (Pasek et al, 2012).

Studien til Sven et al. ønsket å identifisere hvilke lindrende behandling pasienter med gynekologisk kreft har behov for. Studien ble gjennomført på et kreft sykehus i Tyrkia, der 134 kreft pasienter ble rekruttert. Studien ble gjennomført ved bruk av «tre nivåer av behov» spørreskjema, data innhentnings skjema og et kort skjema medisinsk utfall helse undersøkelse. De mest utbredt symptomene som kom frem i studien var: fatigue, føle seg deprimert og problemer med å utføre fysisk aktivitet. Symptomer som smerte (38,1%) og kvalme (26,3%) var noen av de mest vanlige problemene, men som blir behandlet av helsepersonell (Sven et al, 2016).

Den mest utbredte umøtte behovene var slitenhet eller fatigue (60,5%), føle seg deprimert (47,4%) og dårlig appetitt (38,5%). Studien viser sykepleiere ikke klarer å kjenne igjen og behandle fatigue, depresjon og dårlig appetitt. I tillegg tok studien for seg seksuell intimitet. Mange pasientene rapportere ingen deltagelse i seksuell intimitet (64,9%), 69,3% hadde ingen seksual lyst og 20,1% mener deres fysiske funksjon og medisinske behandling går ut over deres seksuelle liv (Sven et al, 2016).

Sun et al. utførte en deskriptive studien for å beskrive sykepleierimplikasjoner knyttet til toksisiteter, komplikasjoner og kliniske møter hos kvinner med eggstokkreft som fikk IP-kjemoterapi, også kjent som cytostatika. 17 kvinner med eggstokk kreft som fikk kjemoterapi på et NCI- utpekt kreftsenter deltok i studien. Studien kom frem til symptomer som kvalme og oppkast, fatigue, hypomagnesemi, smerter, nevropati, anemi og obstipasjon var symptomer på behandlings toksisitet (Sun et al., 2013).

I studien til Fitch og steel kom det frem lite energi eller fatigue (n=28) var det symptomet flest pasienter rapporterte. Av disse ønsket 12 pasienter hjelp til å håndtere symptomet. 50 kvinner som er diagnostisert med eggstokk kreft deltok og gjennomførte en selvrappoterende spørreundersøkelse. Hensikten med denne studien var å identifisere støttende omsorgsbehov til kvinner med eggstokk kreft. En til hensikt var å finne ut av om pasientene ønsket hjelp til å møte disse behovene (Fitch & Steele, 2010).

Videre kom symptomer som: ikke klare å utføre de tingene en pleide å gjør (n=26), ubehag i abdomen (n=22), forandring i avføringsmønster (n=19), ikke klare å utføre husarbeid (n=15) og forandring i appetitt (n=14) som noen av de mest rapporterte problemene. Forandring i seksuelle følelser (n=11) og evnen til å utføre samleie (n=11) ble også identifisert som fysisk behov. Videre kommer smerte, legg ødem, kvalme og vaginal utflod so minst rapportert problem (Fitch & Steele, 2010).



### *3.2.2 Pasienter er ikke fornøyde med kommunikasjon og informasjons flyt*

Kommunikasjon og informasjonsflyt var et gjennomgående tema i flere av studiene. Under temaet vektlegges studien til Grob et al. som ønsket å utforske kvinners opplevelse og få dypere forståelse for «nurse case management». Studien foregikk på en gynekologisk kreft enhet i Sveits mellom september 2014 og mai 2015. Ti pasienter ble rekruttert og intervjuet (Grob et al, 2016).

Her kom det frem tillit som basis for et godt og kontinuerlig forhold mellom sykepleier og pasient. I tillegg ble vennskapelighet og oppfattelse av sykepleiers tilstedeværelse rapportert som viktig for pasientene (Grob et al, 2016).

Noen pasienter uttrykte problemer med informasjonsflyt mellom sykepleier og andre helsepersonell. Flere pasienter opplevde lite eller ingen informasjon til pårørende. Informasjon til pårørende ble pasientens byrde og de selv måtte dele informasjon videre eller avtale møter. Flere pasienter opplevde også lite eller ingen informasjon om rehabiliteringsmuligheter. De pasientene som fikk informasjon og mulighet til å velge rehabiliteringssenter, rapporterte opplevelse av god behandling og selvbestemmelse i sin egen behandling. Andre fikk ikke muligheten pga. mangel på informasjon og begrenset tid. Pasientene ønsket vel informerte sykepleierne som har tid og mulighet til å dele informasjon med pasienten og andre helsepersonell. Er sykepleiere dårlig informert og kan det resultere i usikkerhet og utilfredshet med behandlingen. Å ha en sykepleier å henvise seg til ble rapportert som behagelig for pasientene, og førte til mer håndterbar situasjon for pasienten (Grob et al, 2016).

Det kommer også frem i studien til Fitch og Steel pasienter er utilfreds med kommunikasjons og informasjons flyten. Her opplevde 25% av pasientene problemer med tre ting i informasjons domenet: Pasienter savnet informasjon om ting en selv kan gjøre for å hjelpe deg selv å bli bedre (n=15), å bli informert om test resultater så fort som mulig (n=14), og få forklaring på tester som pasienten ønsker å få forklart (n=13) (Fitch & Steele, 2010).

### *3.2.3 Kreftpasienter er lite aktiv*

Studien til D'Errico og Fessele ønsket å beskrive kreft overlevende selvrapportert aktivitetsnivå og intensitet av aktiviteten og depresjon. Den retrospektiv tverrsnitt studien ble gjennomført i USA. Pasientens fysiske aktivitet var vurdert ved å bruke «Godin-Sephard Leisure- Time physical activity Questionnaire» og depresjon ble vurdert ved bruk av: «Patient health questionnaire». I tillegg ble karakteristikk, inkludert, alder, kjønn, etnisk tilhørighet, år siden diagnose, smerter, BMI, røyking og sivilstatus og jobb status ble vurdert. Til sammen ble 1 412 kreft overlevende, (gynekologisk kreft (n=369), bryst kreft (n=375), toraks kreft (n=668)), rekruttert fra et kreft senter mellom juli 2017 og desember 2018 (D'Errico & Fessele, 2021).

Studien rapporterte et lite aktivitetsnivå blant pasientene. 62% av alle deltakerne i alle gruppene oppnådde ikke den daglige fysiske aktivitetsnivået. Derimot 36% (n=131) av pasientene med gynekologisk kreft møtte den anbefalt fysiske aktivitetsnivå og 7%



NTNU

(n=25) av disse hadde en eller annen grad av depresjon. Pasienter med brystkreft hadde større sannsynlighet for å møte den anbefalte aktivitetsnivået enn pasientene med gynekologisk- og toraks kreft (D'Errico & Fessele, 2021).

I studien til Pasek et al. ble funksjon vurdert som verst før strålebehandling og øker gradvis gjennom flere stadier. Etter behandling med strålebehandling opplevde flere pasienter utfordring med å utføre slitsomme aktiviteter. Mange utvikler symptomer på fatigue (Pasek et al, 2012).

### *3.2.4 Psykisk belastning- et vanlig symptom*

#### **Depresjon**

Studien til D'Errico og Fessele viser pasienter med kreft generelt opplever depresjon. Som nevnt tidligere gjennomførte de denne studien for å sammenligne fysisk aktivitet og depresjon. Her rapporterte 7% (n=105) av pasientene med kreft lite til moderat grad av depresjon. Av disse skåret 3% (n=44) moderat til alvorlig grad av depresjon (D'Errico & Fessele, 2021).

Alle pasientene med gynekologisk kreft som møtte den anbefalte fysisk aktivitetsnivået rapporterte 7% en eller annen grad av depresjon. Av alle krefttypene som deltok var det ingen signifikant forskjell på forekomst og alvorlighetsgraden av depresjon (D'Errico & Fessele, 2021).

I studien til Liu et al. kom det frem depresjon som et «vanlig» symptom av kreftsykdom. Studien klassifiserte symptomer i to hovedgrupper: symptomer etter sykdommer og symptomer etter behandlingen. Depresjon ble klassifisert under hovedgruppe en som kom av kreftsykdommen. (Liu et al., 2010) Sven et al. kom også frem til depresjon som et vanlig symptom av sykdommen. Resultatene fra studien viser 47,4% av pasientene opplever en grad av depresjon (Sven et al., 2016).

Fitch og Steel klassifiserte symptomer under domener. Her kommer depresjon under det emosjonelle domenet. De mest vanlige symptomene under det emosjonelle domenet var: tristhet, depresjon og bekymring. Studien tar for seg den psykologiske stresset som er målt som angst, depresjon og tap av atferdsmessig- emosjonell kontroll var til stede i pasienter med eggstokk kreft (n=143). Resultatet ble nedsatt seksuelt liv, nedsatt sosial funksjon, spesielt relatert til arbeidslivet. Videre påvirket det igjen pasientens fysiske aktivitetsnivå (Fitch og Steele, 2010).

#### **Angst og redsel**

Som nevnt tidligere opplever 143 pasienter psykisk stress, som også kan undertegnes som angst i studien til Fitch og steel. Angsten går ut over den seksuelle samlivet, sosiale funksjonen og resulterer i dårlig fysisk aktivitet. I studien rapporterer 22 pasienter med eggstokkreft angst relatert til behandlingen, derimot 20 pasienter rapporterte generelt



NTNU

angst. Av disse ønsket 13 og 16 av pasientene hjelp til å håndtere angsten (Fitch og Steele, 2010).

I en annen studie ble angst beskrevet under hovedgruppe to der symptomene kommer av behandlingen pasienten får. Denne symptomgruppen viste ingen signifikant forandring etter seks måneder etter kirurgisk inngrep. Angsten kommer sannsynlig av behandlingen med cytostatika eller strålebehandling. Samtidig med en frykt for kreften returneres. Studien nevner også en mulig assosiasjon mellom emosjonell distres og smerter (Liu et al., 2010).

Angst blir klassifisert som tredje mest vanlige rapporterte problem etter bekymring og depresjon i studien til Pasek et al. Studien viser emosjonell funksjon var høyest rett før oppstart av behandling og var lavest etter avsluttet behandling (Pasek et al., 2012).

### **Bekymring og ensomhet**

Bekymring er ikke uvanlig for pasienter med gynekologisk kreft å føle på. Det kan være bekymring relatert til resultat etter behandlingen. Altså bekymring for kreften har spredt seg eller behandlingen har gitt lite til ingen effekt på kreftsykdommen. I tillegg tar Fitch og Steele for seg bekymring relatert til at pårørende bekymrer seg (Fitch og Steele, 2010).

Pasek et al. tar for seg bekymring som et av de mest vanlige problemene samme med depresjon og angst. Bekymringen kom frem både før behandling og rett etter behandling. Bekymringen kan arte seg på forskjellige måter. Før behandlingen kan bekymringen være om kreften øker eller sprer seg, og tiden det tar før behandlingen starter kan føles lang. Etter behandling kan bekymringen komme av tanker om behandlingen ikke har gitt godt nok effekt og kreften fremdeles er der, og eventuelt har spredt seg. Samtidig kan bekymring også komme av ubehagelige symptomer av behandlingen. Bekymring ble også identifisert 5-6 måneder etter behandlingen ble avsluttet (Pasek et al., 2012).

Sven et al. kom frem til 28,4% av deltagerens som går gjennom gynekologisk kreft følte seg ensom og 33,5% følte de var en byrde for familien sin. Samtidig oppga 17% av pasientene de opplever å bekymre seg (Sven et al., 2016).

## Kapittel 4 Diskusjon

### **4.1. Diskusjonen tar utgangspunkt i resultatene og hvordan de besvarer problemstillingen, i lys av bakgrunnskunnskap og teori**

Jeg har undersøkt hvilke behov for sykepleier pasienter med gynekologisk kreft trenger og hvilke sykepleietiltak som er aktuelt. Gjennom de syv studiene jeg fant belyses fire temaer: Symptomlindring etter behandling er vanskelig, pasienter er ikke fornøyde med kommunikasjon og informasjons flyt, kreftpasienter er lite aktiv og psykisk belastning er krevende.

#### *4.1.1 Symptomlindring etter behandling er vanskelig*

Pasienter med gynekologisk kreft opplever mange ulike symptomer og bivirkninger under og etter behandling. Symptomer som kommer frem i tre av studiene er: smerte, kvalme, diaré, obstipasjon, fatigue, insomni og dårlig appetitt. (Liu et al., 2010; Pasek et al., 2012; Sven et al., 2016). I tillegg kom det frem i to studier utfordring relatert til seksuell lyst og evne til å utføre samleie (Fitch & Steele, 2010; Sven et al., 2016).

Ifølge studien til Liu et al. kan symptombyrden deles inn i to hovedgrupper: den ene hovedgruppen av symptomer kom av det kirurgiske inngrepet, mens den andre kommer av cytostatika behandlingen (Liu et al, 2010). Samtidig er symptombyrden verst ved utskrivelse, etter gjennomført behandling. Dermed kan man anta symptomene kommer av behandlingen pasienten får (Pasek et al, 2012). I tillegg viste studien til Sven et al. symptomer som smerte og kvalme var bivirkninger, som ble behandlet av helsepersonell og derfor var pasienten ikke like plaget av disse symptomene. Andre symptomer som depresjon, fatigue og dårlig appetitt er symptomer som ofte ble oversett av sykepleier og som er vanskelig å behandle (Sven et al, 2016).

I rapporten *Leve med kreft* vektlegges det risiko for underernæring blant kreftpasienter både før diagnosen settes, under behandlingen og eventuelt ved videreutvikling av sykdommen. Vekttap reduserer pasientens toleranse for behandlingen, gir dårlige effekt på behandlingen og reduserer overlevelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 28). Videre kommer det frem i rapporten at seneffekter blir hyppigere utbredt på grunn av lengre overlevelses rate for kreft pasienter. Seneffekter kan være vedvarende symptomer, funksjonsbegrensning og sykdommer som kommer under eller etter behandlingen. Hva eller hvilke seneffekter som kan komme er individuelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 30). I studien til Liu et al. var nummenhet eller nevropati den mest utbredte symptomet hos eldre kvinner.

#### Betydning for sykepleie

Gynekologisk kreft pasienter opplever mange bivirkninger. Flere av bivirkningene eller seneffekter kommer sannsynlig av behandlingen pasienten får. Enten om det er kirurgisk inngrep, strålebehandling eller cytostatika. Som sykepleier kan en prøve å lindre symptomer for å bedre livskvaliteten til pasienten. Som det kom frem i den ene studien er smerter og kvalme symptomer som har blitt behandlet av helsepersonell og som

pasienten dermed ikke er plaget av (Sven et al, 2016). Disse symptomene kan bli sett på som «enkle» å behandle fordi de kan bli lindret gjennom medisiner, ofte i form av tabletter. Andre symptomer som diaré, obstipasjon, fatigue, insomni og dårlig appetitt er vanskeligere å lindre. Som sykepleier kan informasjon om symptomlindring være det viktigste sykepleietiltaket. Pasienter er på sengepost i et par dager og flertallet bor hjemme. Derfor kan det være behjelpelig med informasjon om hva pasienten kan gjøre hjemme selv for å lindre symptomene, og hvilke levevaner som forverrer symptomene. I tillegg kan medisiner bli utskrevet av lege for å lindre noen av symptomene. Sykepleieren kan da informere om bruk av medisiner og eventuelle bivirkninger som pasienten skal være observant på. Det er også viktig at sykepleier kontinuerlig vurderer symptomene, for å oppdage forandringer i symptombyrden og eventuelt raskest mulig får behandling.

Noen av symptomene kan bli sett på som intimt spesielt symptomer rundt avføring og samleie. Det er derfor viktig at sykepleier inviterer til samtalen og prøver å trygge pasienten på at symptomene ikke er uvanlige og det er greit å snakke om. I tillegg informere pasienten om hvem han eller hun skal henvise seg til ved spørsmål etter utskrivelse.

#### *4.1.2 Pasienter er ikke fornøyde med kommunikasjons og informasjonsflyt*

Fitch og Steel fant ut 25% av pasientene var misfornøyd med kommunikasjons og informasjonsflyt. Her savnet pasienter: informasjon om ting en selv kan gjøre for å hjelpe deg selv å bli bedre, å bli informert om test resultater så fort som mulig, og få forklaring på tester som pasienten ønsker å få forklart (Fitch og Steele, 2010). Samtidig viste studien til Grob et al. viktigheten av kommunikasjon og informasjonsflyt, mellom både pasient og helsepersonell, men også mellom helsepersonell. Tillit viste seg og vær den viktigste egenskapen for å skape et godt bånd mellom sykepleier og pasient. Det kom også frem i studien tidspress var årsaken til dårlig kommunikasjon (Grob et al, 2016).

Som sykepleier kan en ha mange arbeids oppgaver i løpet av en dag, noe som fører til tidspress. Å ta seg tid til å snakke med pasienten kan bli nedprioritert. Samtidig er kommunikasjon og informasjon til pasienten en viktig del av arbeidsoppgavene som en sykepleiere har. Pasienten kan også legge merke til tidspresset på avdelingen, noe som fører til pasienten avventer å ta opp ting han eller hun lurer på. Pasienten kan da sitter igjen med mange tanker og spørsmål, noe som skaper bekymringer og gjør det vanskelig å hvile. Videre kom det frem i studien at pasienter ikke var fornøyd med helsepersonells kommunikasjon med pårørende (Grob et al, 2016). Det er ikke kun pasienten som blir påvirket av sykdommen, men også pårørende. Pasienter kan føle på et ansvar til å informere pårørende, noe som kan bli en byrde for pasienten.

*«god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell bidrar til bedre resultater av behandlingen og bedre helse for pasienten.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 13).*

Pasienterfaringsundersøkelser gjort av myndighetene viser at informasjon og kommunikasjon, brukermedvirkning og koordinering mellom tjenester som pasienter er minst fornøyde med. Pasienter trenger informasjon om sin egen sykdom og behandlingsmuligheter for å kunne delta aktiv i sin behandling. I tillegg må informasjonen som gis, tilrettelegges for hver enkelte pasient (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 12-13).

### Betydning for sykepleie

Et tiltak som sykepleier kan gjøre er å prioritere kommunikasjon og informasjon. Ved forandring i helsetilstand eller ved svar på prøver, er det viktig å informere pasienten, så fort som mulig. Samtidig kan sykepleiere prioritere å ringe pårørende med oppdateringer, slik at pasienten ikke trenger å gjøre det selv. På den andre siden er det vanskelig da helsepersonell ofte venter på prøvesvar eller undersøkelser. I tillegg kan helsetilstanden til pasienten eller behandlingen være usikkert. Som Sykepleiere må en ofte avvente på svar fra legen om videre behandling og forløp. I tillegg ønsker som regel legen selv å informere pasienten. Derfor kan det bli problematisk å informere pasienten, som kan skape frustrasjon for pasienten.

Videre handler ikke bare kommunikasjon og informasjonsflyt om kommunikasjon med pasienten og pårørende, men også mellom andre helsepersonell. Sykepleiere er ofte mellomledd av informasjon mellom pasient og andre helsepersonell. Informert og kommunikasjon med andre helsepersonell er derfor viktig. Opplever pasienten flere sykepleiere stiller de samme spørsmålene kan pasienten miste tilliten til helsepersonellet. I tillegg skaper det stor byrde for pasienten å måtte svare flere ganger på de samme spørsmålene.

Sykepleiere samarbeider også med andre avdelinger og institusjoner. Ofte kan pasienten trenge videre oppfølging i opptreningsinstitusjoner eller i hjemmet. Derfor er det viktig sykepleiere prioriterer en god dialog med andre institusjoner slik at overgangen blir lettere for pasienten.

#### *4.1.3 Kreftpasienter er lite aktive*

I studien til D'Errico & Fessele møtte kun 36% av pasientene med gynekologisk kreft den anbefalte aktivitetsnivået. Det vil si 64% av pasientene møtte ikke det daglige behovet. Studien viste også sammenheng mellom lite aktivitet og depresjon (D'Errico & Fessele, 2021).

Samtidig viste Pasek et al. den fysiske funksjonen til pasienter med livmorhalskreft er verst før strålebehandling og øker sakte, men sikkert gjennom behandlingen (Pasek et al, 2012). Det er viktig med aktivitet etter en operasjon for å forebygge komplikasjoner. På den andre siden i følge Pasek et al. er pasientens fysiske funksjon verst før videre behandling. Derfor kan det være en utfordring for pasienten å opprettholde fysisk aktivitet etter et kirurgisk inngrep. I tillegg viser studien symptomer

som fatigue og slitsomhet er et vanlig symptom av strålebehandlingen (Pasek et al, 2012). Fatigue kan ha stor innvirkning på pasientens fysiske aktivitet. Som nent tidligere i studien til Sven et al. er fatigue et vanskelig symptom å behandle (Sven et al, 2016).

Det er anbefalt at voksen og eldre gjennomfører 150 minutter med fysisk aktivitet av moderat intensitet, eller 75 minutter med høy intensitet hver uke. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 22). Fysisk aktivitet gir positiv effekt både under og etter kreftbehandlingen. I tillegg er fysisk aktivitet med på å redusere uønsket bivirkning som eksempelvis kvalme, fatigue og søvnproblemer. Samtidig gir det økt muskelstyrke, utholdenhet, vektkontroll og overskudd i hverdagen. Dermed kan fysisk aktivitet gi økt livskvalitet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 28-29).

### Betydning for sykepleie

Som sykepleier er det derfor viktig å kartlegge pasientens fysiske aktivitet og motivere de til å opprettholde den anbefalte fysiske aktivitetsnivået. På den andre siden kan det være vanskelig å følge rådene til myndighetene hvis pasienten har fatigue. For noen kan det å komme seg opp av sengen være slitsomt nok. Som sykepleier må en vurdere hvor mye hver pasient klarer av fysisk aktivitet. For i tillegg til fysisk aktivitet må pasienten klare å få i seg nok ernæring og hvile slik at kroppen får tid til å komme seg etter et inngrep eller behandling.

Et tiltak som sykepleier kan gjøre er å informere pasientene om viktigheten av fysisk aktivitet og hvordan fysisk aktivitet kan forbered symptomer og livskvaliteten til pasienten. På den måten kan pasienten selv prøve å oppnå den anbefalte aktivitetsnivået. Spesialet er det viktig da pasienten kan bo hjemme og er kun på sengeposten i et par dager. Andre pasienter kan trenge mer motivasjon og veiledning, eksempelvis sykepleier er med på den fysiske aktiviteten. På en sengepost kan det være å gå tur med pasienten eller veilede under opptrening. I tillegg kan sykepleier være med å veilede under øvelser pasienten har fått fra fysioterapeut.

#### 4.1.4 Psykisk belastning- et vanlig symptom

Gjennom forskning artiklene gikk det igjen tre symptomer: depresjon, angst og redsel og bekymring. I flere av studiene ble depresjon og angst beskrevet som «vanlige» symptomer som pasientene opplevde i mindre eller større grad (D'Errico & Fessele, 2021; Fitch og Steel, 2010; Pasek et al., 2012; Liu et al., 2010; Sven et al., 2016).

En av studiene tok for seg depresjon og fysisk aktivitet. 36% av pasientene med gynekologisk kreft nådde den anbefalte aktivitetsnivået, men her skåret også 7% av pasientene en eller annen grad av depresjon (D'Errico & Fessele, 2021). Samtidig viste studien til Sven et al. 47,4% av pasientene med gynekologisk kreft opplevde en grad av depresjon. Noe kan komme av lite aktivitet samt byrden av en kreft diagnose (Sven et al., 2016). Videre var angst og redsel også en vanlig rapportert problem for pasienter med gynekologisk kreft. Fitch og Steel (2010) beskrev pasientens opplevelse av psykisk stress og angst. 13 av 22 pasienter hadde et ønske om hjelp til å håndtere angsten (Fitch og Steele, 2010).

Bekymring er en av symptomene som ga store belastninger for pasienter med gynekologisk kreft. I to av studiene blir bekymringer identifisert før behandling, under behandling og etter behandlingen (Pasek et al., 2012; Fitch og Steele, 2010). 17% av pasientene rapporterte en opplevelse av bekymringer (Sven et al., 2016). Man kan anta bekymringene arter seg på forskjellige måter. Før behandlingen kan bekymringen være bekymring for spredning eller kreftsvulsten vokser, frem til starten av behandlingen. Tiden før behandlingen starter kan føles lang. I tillegg kan pasienten bekymre seg for ubehagelige symptomer som kommer av behandlingen. Etter behandling kan bekymringen komme av tanker om behandlingen ikke har gitt godt nok effekt og kreften fremdeles er til stede, og eventuelt har spred seg (Pasek et al., 2012; Fitch og Steele, 2010).

Ifølge rapporten «leve med kreft» trenger pasienter med en kreft diagnose ofte psykososial oppfølging i tillegg til medisinsk behandling. Undersøkelser gjort av folkehelseinstituttet viser forekomst av angst og depresjon er to til tre ganger høyere hos kreftpasienter eller kroniske somatiske lidelser, enn hos resten av befolkningen. På sykehus bør det derfor være tilbud til pasienter og pårørende om psykososial oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37-38).

Videre i rapporten vektlegges sykepleierens ansvar. Et av tiltakene som komme frem er: å følge opp pasienten ved å kartlegge behov og bistå i ulike spørsmål som pasienten har. Pasienter som får en kreftdiagnose går de gjennom en livskrise som kan gi stor psykisk belastning. I tillegg til oppfølging av sykepleier kan de trenge hjelp av enten pårørende, venner eller fastlege. Derimot har ikke alle muligheten å bruke det nære nettverket. Derfor kan sykepleier være en viktig støtte for pasienten. Møter sykepleieren pasienten med omsorg og støtte på sykehuset, kan det gi psykososial støtte og pasienten kan oppleve mestring og livskvalitet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37-38).

### Betydning for sykepleie

Som sykepleier arbeider man med syke pasienter. Pasientene er som regel i den verste delen av livet sitt. De er vekke fra familie, venner og hjemmet, i tillegg til å være innlagt på sykehus og har ubehagelige symptomer fra sykdommen eller behandlingen. Som nevnt i studiene kan pasienten kjenne på angst og redsel. Som sykepleier kan god kommunikasjon og støtte være med å berolige pasienten. eksempelvis kan pasienten sitte inn med mange spørsmål og bekymringer relatert til sykdommen, symptomer og behandling. Som sykepleier kan en da hjelpe å besvare disse spørsmålene slik at pasienten opplever mer kontroll over situasjonen sin.

Videre kan depresjon være vanskelig å identifisere. Derfor må sykepleiere kartlegge pasientens symptomer for å klare å identifisere en eventuelt depresjon. Som sykepleier kan en også prøve å veilede pasienten i hvilke tiltak han eller hun kan gjøre selv, hvis pasienten kjenner på nedstemthet. For noen kan det å ha støtte fra familie eller venner hjelpe på nedstemthet. På den andre siden kan pasienten ønske å holde pårørende i mørket for å beskytte de og pasienten slipper å bekymre seg for pårørende.





NTNU

Selvsagt er ikke det nevnte anbefalt, og som sykepleier kan en prøve å veilede pasienten til å støtte seg på pårørende. Selvsagt må jeg vektlegge at noen pasienter kan trenge ytterlig hjelp fra enten psykolog eller psykiater. Som sykepleier kan en veilede hvem de kan ta kontakt med for videre utredning.

## **4.2. Styrker og svakheter med litteraturstudiet**

Først må jeg få frem som en nybegynner i søkeprosess og litteratur studier, kan den kritikk tekningen og utvelgelse av forskningsartikler ikke nødvendig vis være like grundig, som en person med mer erfaring enn meg. I tillegg hadde jeg en tidsbegrensning på meg som gjorde at jeg måtte ha kontinuerlig fremgang i søkeprosessen. Som en nybegynner prioriterte jeg tiden min feil og brukte for lang tid på å utvikle søkeordene mine og problemstillingen. Til neste gang vil jeg prioritere tiden min annerledes for å gi bedre tid til utvelgelse av forskningsartikler og skriving av oppgaven.

Alle forskningsartiklene jeg fant er fagfellevurdert og følger en IMRAD- struktur. I tillegg er alle artiklene godkjent av en etisk komiteen. Videre er de fleste forsknings artiklene av kvantitativ metode, noe som gir et overblikk over symptombyrden pasientene opplever. På den andre siden gir det ikke dybde eller innblikk i pasientens subjektive opplevelse som en kvalitativ metode hadde gitt. En av artiklene er av kvalitativ metode. Spesielt i forhold til psykisk belastning er kanskje en kvalitativ metode bedre for å få frem pasientens subjektive opplevelser?

Noen av artiklene mine satte søkelys på spesial utdanning. Jeg inkluderte disse for jeg vurderte de som relevant for sykepleie. Derimot va det vanskelig å avgrense oppgaven til spesialisthelsetjenesten uten å vektlegge spesial utdannelser. Til neste gang vil jeg kanskje vurdere å velge en annen problemstilling som gjør det lettere å se sykepleier oppgaver i og som ikke glir over i spesial utdanning. På den andre siden ble jeg positiv overasket over mengde med resultatene jeg fant. Resultatene ga en godt grunnlag for en diskusjon.

#### 4.4. Konklusjon

Å gi sykepleie til pasienter med gynekologisk kreft kan være utfordrende. Kreftbehandling er ofte forbundet med mange ubehagelige og alvorlig symptomer, noe som kan påvirke hverdagen og gi nedsatt livskvalitet. Det er viktig som sykepleiere og har gode kunnskap relatert til symptomer og behandling, for å best mulig kunne ta vare på pasientene sine. Samtidig må sykepleiere huske å kontinuerlig vurdere pasientens symptomer, slik at nyoppstått symptomer og bivirkninger ikke blir oversett. Pasienter er ofte ikke lengre enn et par dager på sengepost, derfor er det viktig å informere pasientene om symptomer og hva pasienten kan gjøre selv for å lindre symptomene. I tillegg kan pasienten sitte igjen med mange spørsmål etter utskrivelsen, dermed burde sykepleier informere om hvem pasienten kan henvise seg til ved spørsmål.

Viktigheten av informasjon kommer også frem under kommunikasjons og informasjonsflyt. Her vises det viktigheten av kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, og mellom helsepersonell. I tillegg vektlegges viktigheten av at sykepleier har god tid til en samtale. Flere pasienter opplevde tidspress på avdelingen som ga lite rom for samtale. I tillegg savnet pasienter informasjon til pårørende. Pasientene opplevde at det var deres ansvar å formidle informasjon videre til pårørende. Dårlig kommunikasjons og informasjonsflyt resulterer i byrde og stress for pasienten.

Kreftpasienter er generelt lite aktive. Kun en av tre pasienter med gynekologisk kreft opprettholde den anbefalte fysiske aktivitetsnivået. Det vises sammenheng mellom fysisk aktivitet og dårlig psykisk helse. I tillegg gir dårlig fysisk aktivitet fatigue, nedsatt søvn og appetitt. Det er viktig at sykepleier veileder og motiverer pasienten til å være fysisk aktiv i hverdagen. Mange pasienter opplever fatigue, noe som går ut over den fysiske aktiviteten. Da er det viktig å informere om viktigheten av hvile mellom slitsomme aktiviteter.

Til slutt vektla pasientene psykisk symptomer som den mest belastende symptomene. Her kom depresjon, angst og bekymringer opp som de mest utbredte symptomene bland pasienter med gynekologisk kreft. Det er en sammenheng mellom depresjon og dårlig fysisk aktivitet. Det er viktig at sykepleier kartlegger pasientens psykiske helse for å oppdage om pasienten har depresjon og angst. Omsorg og støtte viser seg å være hjelpsomt for pasienten. Det er viktig å ta seg tid til pasienten og prate om hvilke belastninger pasienten opplever, og hva som skal til for å minke belastningene. Pårørende og familie kan også være viktige støttespillere for pasienter med gynekologisk kreft.

## Litteraturliste

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care- a practical guide*. (4 utg). Open university press.

D'Errico, M., & Fessele, K. L. (2021). A retrospective, cross-sectional study of self-reported physical activity and depression among breast, gynecologic, and thoracic cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 48(1), 59–64.  
<https://doi.org/10.1188/21.ONF.59-64>

Engedal, K. (11. mars. 2019). *Alderdom*. Store medisinske leksikon. URL:  
<https://sml.snl.no/alderdom> (09. mai 2023, kl. 14.00)

Fitch, M. I., & Steele, R. (2010). Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 20(2), 66–74.  
<https://doi.org/10.5737/1181912x2026674>

Folkehelseforeningen. (11. Sep. 2019). *Hva er livskvalitet?* Folkehelseforeningen. URL:  
<https://folkehelseforeningen.no/hva-er-livskvalitet/> (09. mai 2023, kl. 14.00)

Grob, S., Bläuer, C., & Frei, I. A. (2017). Women's experiences of nurse case management on a gynaecological oncology unit in a Swiss tertiary hospital. A thematic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 814–821.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12401>

Grønmo, S. (16. januar. 2023). *Kvalitativ metode*. Store norske leksikon. URL:  
[https://snl.no/kvalitativ\\_metode](https://snl.no/kvalitativ_metode)

Helsebiblioteket (2021, 30 september) *PICO*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no> (30. mai 2023, kl. 14.39)

Helsedirektoratet. (28. juni. 2021) *Livmorkreft: forekomst og prognose*. Helsedirektoratet. URL:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram/livmorkreft-endometriecancer/forekomst-og-prognose> (09. mai 2023, kl. 13.47)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft: Nasjonale kreftstrategi (2018-2022)*. (I-1184 B). Regjeringen.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf) (09. mai, 2023. kl 13.45)

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. (utg. 5, s.133-165). Oslo: Gyldendal akademisk.



NTNU

- Kreftregisteret (2022a, 08. juni). *Kreft i Norge*.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/> (10. mai 2023, kl 10.59)
- Kreftregisteret. (2022b, s. 16). *Årsrapport 2021 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft*. (ISBN: 978-82-473-0107-4).  
URL: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2022/arsrapport-2021-nasjonalt-kvalitetsregister-for-gynekologisk-kreft.pdf> (09. mai 2023, kl 13.28).
- Kreftforeningen. (2023a, 23. februar). *Eggstokkreft*.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/eggstokkreft/>  
(10. mai 2023. kl 11.34).
- Kreftforeningen. (2023b, 10 mai). *Livmorhalskreft*.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>  
(10. mai 2023. kl 11.35).
- Kreftforeningen. (2023c, 21 februar). *Livmorkreft*.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorkreft/>  
(10. mai 2023. kl 11.36).
- Kreftforeningen (2023d, 27. mars). *Senskader etter kreftbehandling blant voksen*.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/> (16. mai 2023. kl 15:53)
- Kreftregisteret (2023, 10 mai). Statistikkbank.  
<https://sb.kreftregisteret.no/?sub=kart&lang=no> (10. mai 2023, kl 12.29).
- Liu, S., Ercolano, E., Siefert, M. L., & McCorkle, R. (2010). Patterns of symptoms in women after gynecologic surgery. *Oncology Nursing Forum*, 37(2), E133–E140.  
<https://doi.org/10.1188/10.ONF.E133-E140>
- Lorentsen V. B. og Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. (utg. 5, s. 398-399). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasek, M., Suchocka, L., & Urbański, K. (2013). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 690–697.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04350.x>
- Seven, M., Sahin, E., Yilmaz, S., & Akyuz, A. (2016). Palliative care needs of patients with gynaecologic cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3152–3159.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13280>
- Sun, V., Otis-Green, S., Morgan, R., Wakabayashi, M., Hakim, A., Callado, M. E., Yang, E., Ferrell, B., & Grant, M. (2013). Toxicities, complications, and clinical encounters during intraperitoneal chemotherapy in 17 women with ovarian cancer. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European*



NTNU

*Oncology Nursing Society*, 17(3), 375–380.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.10.005>

