



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum. Avdeling for Folkehelsefag.

Eksamenskode 4KR20

Kandidatnummer: 100

Stine Skrebergene

Veileder: Tuva Helene Sandsdalen Mytting

Sykepleiefaglig fordypningsoppgave i kreftsykepleie

«Kreftoverleveres stress relatert til redsel for residiv»

«Cancer survivors stress related to fear of recurrence»

Antall ord: 13747

Videreutdanning i Kreftsykepleie. Kull 2014-2016.

2016

Forord

Velg din skjebne

*Vær oppmerksom på dine tanker,
de blir lett til dine handlinger.*

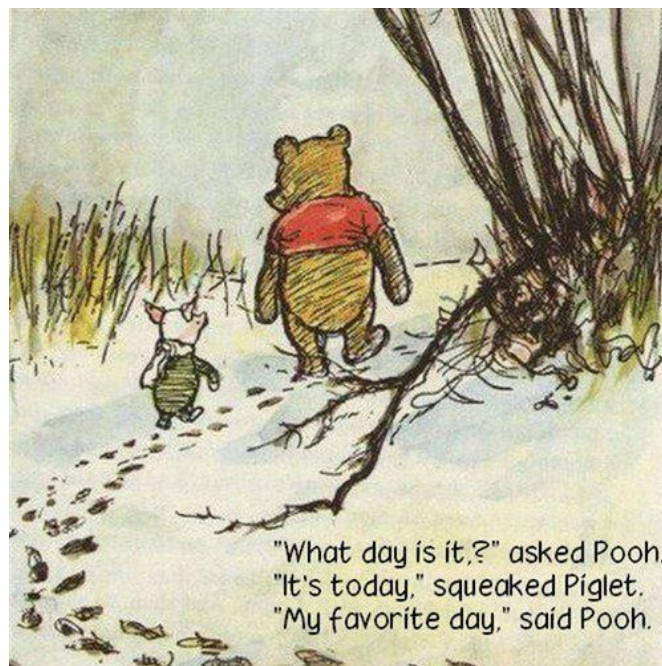
*Vær oppmerksom på dine handlinger,
de blir lett til dine vaner.*

*Vær oppmerksom på dine vaner,
de blir lett til din karakter.*

*Vær oppmerksom på din karakter,
for den blir lett til din skjebne.*

Thich Thien – An

(Vibe og Karem, 2014, s. 54)



(Ukjent forfatter/kunstner)

Sammendrag

- Tittel:** «Kreftoverleveres stress relatert til redsel for residiv».
- Avdeling:** Avdeling for folkehelsefag, Campus Elverum.
- Utdanning:** Videreutdanning i kreftsykepleie, 4KR20.
- Kandidatnummer:** 100
- Veileder:** Tuva Helene Sandsdalen Mytting
- Antall ord:** 13747
- Nøkkelord:** Kreftoverleverere, kreftsykepleie, helsefremming, redsel for residiv og stressmestring/oppmerksomhetstrening.
- Bakgrunn:** I Norge øker stadig kreftoverlevelsen, noe som innebærer at man vil møte mange kreftoverlevende i yrkesutøvelsen som kreftsykepleiere. Dermed ønsker jeg å sette fokus på rehabilitering av kreftoverlevende med spesielt behov for informasjon, veiledning og støtte i forhold til redsel for residiv og stressmestring. Forskningsresultater viser at andelen som sliter med denne problematikken er høy til moderat hos kreftoverleverene spesielt i intermediærfasen.
- Hensikt:** Få økt kunnskap om hvordan man kan møte denne problemstillingen i praksis, slik at man kan informere, veilede og støtte kreftoverlevende til å oppnå stressmestring og redusere redsel for residiv.
- Problemstilling:** *«Hvordan kan kreftsykepleier bidra til helsefremming hos kreftoverlevende i den rehabiliterende fasen i form av stressmestring når pasienten sliter med stress relatert til redsel for residiv?»*
- Metode:** Litteraturstudie basert på fagbøker, forskning-/fagartikler, lovverk og føringer. Kunnskapsbasert praksis legger grunnlaget, dette innebærer forskningsbasert-, erfaringsbasert-, brukerkunnskap og brukervedvirkning.
- Resultat:** Forslag til tilnæringsmåter får å fremme kreftoverleveres helse er delt inn i tre punkter; 1.Forebygging av stress og redsel for residiv hos

kreftoverlevende som inkluderer kartlegging av stress, 2. Innsetting av tiltak hvor oppmerksomhetstrening er hovedmetoden for oppnåelse av stressmestring, mens punkt 3. er hvordan kreftsykepleieren kan støtte kreftoverlevende til å akseptere endret funksjon/situasjon.

Konklusjon:

Funn viser at en stor andel kreftoverlevende sliter med redsel for resediv i varierende grad, samt stress relatert til helsesituasjonen. I flere av studiene ga kreftoverlevende uttrykk for at de følte de mistet sitt «sikkerhetsnett» når de gikk fra å være under aktiv behandling til å gå under tittelen kreftoverlevende. Dette bidro til bl.a. økt redsel for resediv og stress relatert til egen helsetilstand. Dette påpeker viktigheten av kreftsykepleierens rehabiliterende rolle, hvor fokuset bør ligge på gjentagende informasjon, veiledning og støtte slik at pasientens helse fremmes, samt forebygger ytterligere helsesvekkelse.

Abstract

Title: «Cancer survivors stress related to fear of recurrence».

Institution: Public health studies, Campus Elverum.

Course: Cancer Care,4KR20.

Author: 100

Supervisor: Tuva Helene Sandsdalen Mytting

Words: 13747

Keywords: Cancer survivors, Cancer Nurse, health promotion, fear of recurrence and stress coping/mindfulness.

Background: The number of patients surviving cancer in Norway is constantly increasing and as a cancer nurse you are involved with such patients every day. Due to the increasing cancer-survivors I would like to point out the importance of rehabilitation of cancer-survivors with needs of information, guidance and support related to fear of recurrence and how to handle stress. Scientific studies have shown that the number of cancer-survivors struggling with these concerns is high to moderate, especially in the intermediary phase.

Aim: Acquire more knowledge on how to meet this challenge in cancer nursing practice in order to inform, direct and support cancer-survivors to overcome stress and reduce fear of recurrence.

Problem: *«How could cancer nurses contribute to health promotion in cancer survivors through stress coping related to fear of recurrence during rehabilitation?»*

Method: Literature study based on textbooks, scientific papers, legislation and guidelines. The foundation is knowledge-based practice, meaning science based, experience based, patient knowledge and -complicity.

Results: Suggested approaches for health promotion of cancer-survivors are;
1.Prevention of stress and fear of recurrence included stress survey,

2.Implementation of actions with attentive training in stress handling,
and 3.How cancer nurses may support cancer-survivors to accept their
new life situation.

Conclusion:

Studies has shown that many cancer-survivors struggle with fear of recurrence, included stress related to their health situation. In several studies cancer-survivors expressed that they experienced loss of their safety net when moving from receiving active treatment to being a cancer survivor. This contributed to increased fear of recurrence and stress related to the patient's own health condition among others. This demonstrates the importance of cancer nurses in rehabilitation, where repeating information, guidance and support should be emphasized to improve quality of life, and prevent future health impairments.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	5
1. Innledning.....	9
1.1. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	9
1.2. Problemstilling.....	10
1.3. Hensikten med litteraturstudien	10
1.4. Avgrensning og presisering	10
1.5. Litteraturstudiens disposisjon	12
2. Metode.....	14
2.1. Litteraturstudie som metode	14
2.2. Innsamling av litteratur.....	14
2.2.1. Valg av litterære kilder	16
2.2.2. Valg av forskning.....	18
2.3. Kildekritikk.....	20
2.4. Ethiske overveielser.....	21
3. Teori	22
3.1. Helhetlig kreftrehabilitering	22
3.2. Kreftoverlevende i rehabiliteringsfasen	23
3.2.1. Utfordringer hos kreftoverlevende	24
3.2.2. Redsel for residiv	25
3.3. Stress og stressmestring hos kreftoverlevende.....	26
3.3.1. Mindfulness som helsefremmende tiltak	27
3.4. Kreftsykepleierens helsefremmende og rehabiliterende funksjon.....	29
3.4.1. Veiledning, informasjon og støtte for å redusere stress	30
4. Drøfting	33
4.1. Forebygging av stress relatert til redsel for residiv hos kreftoverlevende	33
4.1.1. Kartlegging av stress gir grunnlag for videre behandling.....	37
4.2. Mindfulness for å mestres stress.....	38
4.3. Støtte for å akseptere endret funksjon	41
5. Konklusjon	46
Etterord:.....	46

Referanseliste	47
Vedlegg 1: Søkestrategi	55
1. PICO-skjema	55
2. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier:.....	56
3. Eksempel på systematisk søk i database	57
4. Resultater ved søk i de forskjellige databasene.....	58
Vedlegg 2: Valgte artikler	61
1. Vurdering av valgte artikler	61
2. Styrker og svakheter ved valgte artikler.....	68
Vedlegg 3: Plagetermometer	72

1. Innledning

1.1. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

I dag er det vel 60% av alle som får kreft som lever i 5 år eller mer og unge kreftoverlevende lever i minst 30-40 år etter behandling av primærdiagnosen er fullført (Myhre, 2012). I løpet av de siste 10 årene har kreftoverlevelsen økt med over 40% (Møller og Langmark, 2013), og per 31.12.2014 var det 242398 kreftoverlevende i Norge (Kreftregisteret, s.a.), hvor flere har behov for rehabilitering både som følge av fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Forskningen viser at flere kreftoverlevende sliter med redsel for residiv og stress de første årene etter fullført kreftbehandling (Allen et al. 2009). Mehnert et al. (2013) sin studie viser at 18% slet med høy grad og 67% med moderat grad av redsel for residiv 11 måneder etter diagnostisert kreft, samt så å si samme prosentandel ytterligere 1 år etter. Noe som påpeker viktigheten av at pasientene blir sett av kreftsykepleiere også etter at de er ferdigbehandlet, spesielt med tanke på at dagens kreftbehandling går fort etter innføringen av pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2015).

Denne litteraturstudien vil legge fokuset på hvilken helsefremmende og forebyggende rolle kreftsykepleieren har i møte med kreftoverlevende som opplever at mestring av den nye livssituasjonen blir utfordret som følge av usikkerhet, stress og redsel for residiv. Som Dahl (2013) viser til anses stress som følge av redsel for residiv som normalt de første par årene etter at man er ferdigbehandlet, siden det for de fleste kreftsykdommer foreligger en viss risiko for residiv. Kreftsykepleierens forebyggende og rehabiliterende funksjon knyttes opp mot helsefremmende oppgaver i forhold til stressmestring hos kreftoverlevende, via informasjon, veiledning, støtte og mindfulness som tiltak. Hensikten med disse tiltakene er at kreftpasientens stress relatert til redsel for residiv skal reduseres slik at dette ikke bidrar til ytterligere helsenedsettelse. Som Snowden et al. (2011) påpeker kan stress som forblir ubehandlet bidra til at den fysiske funksjonen blir dårligere, smertene blir større og sykehusoppholdene lengre, noe som bidrar til ekstra påkjenninger for pasienten og helsevesenet generelt. Det er viktig å ta med i vurderingen at opplevelsen av stress er individuelt (Kroese, 2012). Årsaken til at stressmestring er et viktig helsefremmende tiltak hos kreftoverlevende er at veldig mange lever lenge etter kurert kreft, dermed må fokuset ligge på å øke pasientens livskvalitet og hjelpe de tilbake til en normal hverdag.

1.2.Problemstilling

«Hvordan kan kreftsykepleier bidra til helsefremming hos kreftoverlevende i den rehabiliterende fasen i form av stressmestring når pasienten sliter med stress relatert til redsel for residiv?»

1.3.Hensikten med litteraturstudien

I forskrift til rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie (2005) er det nedtegnet at kreftsykepleieren skal ha inngående kunnskap om bl.a. pasientrettet sykepleie, kreftdiagnoser, kreftbehandling, pedagogikk, kommunikasjon, etikk, juridiske forhold, forebygging, tverrfaglig samarbeid og fagutvikling. Hensikt med litteraturstudien er å sette fokus på kreftsykepleieres helsefremmede og forebyggende funksjon knyttet til kreftoverlevende i rehabiliteringsfasen, hvor pasientene sliter med stress relatert til redselen for residiv, samt har behovet for stressmestringsstrategier og økt kunnskap om egen helsesituasjon.

Kreftsykepleierens rolle i rehabiliteringen knyttes til veiledning, informasjon, støtte og igangsetting av tiltak.

Ønske er at litteraturstudien kommer til nytte i min yrkesutøvelse som kreftsykepleier, samt for helsepersonell/kreftpasienter/kreftoverlevende. Temaer som stress og redsel for residiv er svært individuelt og krever tilnæringsmåter som kan variere, og det finnes ingen konkret løsning på problemet. Ut fra erfaringer er det tydelig at vi er «flinke» til å unngå slike problemstillinger i en hektisk hverdag siden det ikke er ett gitt tiltak som har god effekt på problemet. Ved stressmestring kan oppmerksomhetstrening/mindfulness være et enkelt tiltak, men dette avhenger av pasientens innstilling og kreftsykepleierens tro på denne metoden, samt vet hvilken helsegevinst dette kan ha på sikt.

1.4.Avgrensning og presisering

Hovedtemaene for litteraturstudien er kreftsykepleierens forebyggende og rehabiliterende funksjon knyttet opp mot helsefremming hos kreftoverlevende som har gjennomgått en forandring i livet som følge av kreftdiagnosen og kurativ behandling. For å oppnå en god rehabiliteringsprosess er det mange faktorer som spiller inn, men i denne litteraturstudien blir hovedfokuset stress relatert til redsel for residiv. Helsefremmende og forebyggende tiltak som er valgt er mindfulness/oppmerksomhetstrening, informasjon, veiledning og støtte i rehabiliteringsfasen. Det blir ikke spesifisert hva informasjonen, veiledningen og støtten skal

inneholde i løpende tekst, men i praksis må det tas utgangspunkt i pasientens kreftdiagnose, behandling, allmenntilstand, ressurser osv. Kommunikasjonsmetoder blir heller ikke utdypet annet enn ved presentasjon av bruk av NURSE-modellen. Empowerment-begrepet bli nevnt, men ikke utdypet.

Jeg forholder meg til den offisielle norske definisjonen av rehabilitering, som vi finner i §3 i forskrift om habilitering og rehabilitering. Begrunnelsen for dette er at jeg har valgt de første fem årene etter at pasienten har blitt kurativt behandlet og «erklært frisk»(intermediærfasen) som tidsepoke, hvor målsettingen er å redusere redselen for residiv og stress. Arena blir ikke spesifisert, men det blir brukt eksempler fra rehabilitering i kommunen, rehabiliteringsinstitusjoner og poliklinikker ved rutinekontroller. Hovedmålet med rehabiliteringsprosessen er at pasienten skal lære å mestre stresset og redselen for residiv hvor oppmerksomhetstrening/mindfulness blir brukt som forslagsmetode, samt få økt kunnskap om egen helsesituasjon.

Påvirkningen av stress varierer, noe som kan skyldes personlighetsfaktorer, tidligere erfaringer og sårbarhet (Woemnes og Manger, 2005), dermed kan synsvinkelen på stress som et problem varierer (Kroese, 2012), noe som må tas med i vurderingen av pasientene. Det er ikke alle kreftpasienter som plages med redsel for residiv, stress eller har behov for rehabilitering, men har de plager er det viktig at man som kreftsykepleier vet hva man kan bidra med. Teorien som presenteres blir dermed generell og man må gi individuell veiledning ut fra pasientens ståsted. Det blir ikke gått inn på seineffekter/senskader eller psykiske reaksjoner som kan forårsake ekstra stress, annet enn redselen for residiv. Det blir nevnt hva stress kan gjøre med helsen dersom man går med høyt stressnivå over lengre tid, men dette blir ikke utdypet. Det er også flere andre viktige områder som ikke blir nevnt men som har en viktig rolle i helsefremming, som f.eks. trening, kosthold, selvbilde osv. Flere av kreftpasientene kan ha tilleggs diagnoser som kan bidra til ekstra belastninger og stressfaktor i forhold til kreftbehandlingen (Reitan, 2010c), dette blir også utelukket.

Oppmerksomhetstrening/Mindfulness er stressmestringsstrategier som blir drøftet som tiltak for å redusere stress og bedre pasientens livskvalitet. Disse ordene blir brukt noe om hverandre siden det stort sett på norsk blir brukt oppmerksomhetstrening eller oppmerksomt nærvær, mens på engelsk blir brukt mindfulness. I forbindelse med dette blir det nevnt

pusteankeret og SOAL som metoder og hva dette innebærer, og det blir delvis forklart hvordan dette kan gjennomføres.

Formålet med problemstillingen er at pasienten skal oppnå stressmestring og god livskvalitet. Stressmestring blir nevnt via mestring av utfordringer knyttet til å akseptere endret funksjon, samt redusering av stress relatert til redsel for residiv, mens definisjonen av livskvalitet utelukkes til tross for at dette er ønsket utfall av problemstillingen. Plagetermometeret vil bli nevnt, i kombinasjon med Alv Dahl (2016) sitt kartleggingsverktøy spesifisert for redsel for residiv. Plagetermometeret er lagt ved som vedlegg 3, ellers blir kartleggingens hensikt nevnt i teorien og kartleggingsverktøyene i drøftingen. Kognitiv terapi kan være aktuelt ved denne problemstillingen, men utelukkes pga. ordbegrensning.

Det blir i hovedsak brukt tittelen kreftsykepleier og helsepersonell generelt, samt at kreftoverlever/kreftpasient/pasient blir brukt om hverandre. Når det skrives f.eks. «når *man* veileder...», menes «*man*» som kreftsykepleier/sykepleier. Pårørende blir ikke inkludert, selv om de er en viktig ressurs for pasientene i rehabiliteringsfasen.

Etikk blir nevnt i etiske overveielser, samt i forhold til yrkesetiske retningslinjer, autonomi og respekt.

1.5.Litteraturstudiens disposisjon

Litteraturstudien deles inn i fem hovedbolker.

1. Innledningen startes med bakgrunn og begrunnelse for valg av hovedtemaene; kreftoverlever, rehabilitering, stress og redsel for residiv. Videre presenteres problemstillingen, hensikten, avgrensninger og presiseringer, som legger grunnlaget for besvarelsen.

2. Metoden for litteraturstudien viser hvordan jeg har gått fram i innsamlingen og utvalget av litteraturen ved bruk av forskjellige søkeord og søkestrategier, kildekritikk og etiske overveielser.

3. Teorien inneholder det teoretiske fundamentet som legger grunnlaget for besvarelsen av problemstillingen, drøftingen og konklusjonen. Her presenteres temaene helhetlig rehabilitering med fokus på helsefremming i rehabiliteringsprosessen, kreftoverlevende i rehabiliteringsfasen med fokus på utfordringen stress relatert til redsel for residiv, som stressmestringstiltak presenteres oppmerksomhetstrening/mindfulness som tiltak for å redusere stress og fremme kreftoverleverenes oppmerksomme nærvær, før dette kapitlet avsluttes med kreftsykepleierens helsefremmende og rehabiliterende rolle med hovedfokus på informasjon, veiledning og støtte.

4. Drøftingen baseres på tre punkter/tilnæringsmåter som kan være sentrale når kreftpasienters helse skal fremmes. Disse er; forebygging, innsetting av tiltak og støtte for å akseptere endret situasjon. Disse punktene blir videre koblet opp mot stress, redsel for residiv, stressmestring, kartlegging, informasjon og veiledning knyttet til det å akseptere sin endrede situasjon.

5. Oppgaven avsluttes med en konklusjon som er min besvarelse på problemstillingen, samt et etterord før vedlegg om søkestrategi, valgte artikler og plagetermometeret blir presentert.

2.Metode

2.1.Litteraturstudie som metode

Ut fra Høyskolens rammer skal fordypningsoppgaven i kreftsykepleie baseres på ett litteraturstudie, samt kunnskapsbasert praksis som innebærer forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap og brukermedvirkning (Nortvedt et al., 2012). Ett litteraturstudie innebærer innsamling av allerede eksisterende relevant litteratur, fag- og forskningsartikler, for videre kritisk vurdere dette opp mot valgt tema og problemstilling. Det valgte tema og problemstilling legger grunnlaget for litteraturstudien, hvor man kan ta utgangspunkt i både egne erfaringer fra praksis og ønske om å få økt kunnskap om et bestemt tema (Dalland, 2012). Mitt litteraturstudie baseres på egenerfaring fra sengepost, poliklinikk og kreftrehabilitering.

2.2.Innsamling av litteratur

Formålet med innsamlingen av litteratur er å finne ut av hvilken kunnskap som allerede finnes på det valgte tema. For å kunne finne fram til den mest relevante litteraturen er det nødvendig med en god søkestrategi. Det er hensiktsmessig å starte bredt i det systematiske litteratursøket, før man etterhvert snevrer seg inn (Bjørk og Solhaug, 2008). Jeg startet innsamlingen av litteratur ved å se igjennom anbefalt pensumlitteratur, for videre søke elektronisk etter relevant tilleggslitteratur i Oria som er en søkemotor som samler bibliotekets ressurser. Videre gikk jeg igjennom referanselister i benyttet litteratur for å finne primærkilder, for videre søke etter utgivelser av kjente forfattere som f.eks. Andries Kroese som er kjent innen stress og stressmestring relatert til somatisk sykdom. Det har blitt benyttet både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Ønske er å bruke mest mulig primærlitteratur siden dette er originalmateriale, mens sekundærlitteratur vil si å benytte forfattere som har gjengitt andre forfattere (Dalland, 2012). Minuset med å bruke sekundærlitteratur er at primærlitteraturen har blitt tolket andre, før den blir tolket av meg. Dette bidrar til større sjanse for feiltolkning.

Som Bjørk og Solhaug (2008) henviser til handler et systematisk litteratursøk om i hovedsak å finne relevante søkeord, samt finne kombinasjoner av valgte søkeord som gjør at man sitter igjen med relevante og et håndterlig antall treff. I vedlegg 1, punkt 1 presenterer jeg PICO-skjema som jeg har benyttet for å finne aktuelle søkeord og konkrete spørsmål (Nortvedt et al., 2012). Ved bruk av PICO-skjema kommer man fram til hvilken populasjon man ønsker å

fokusere på, samt hvilken situasjon de er i, hvilket tiltak eller intervensjoner vi er ute etter, for tilslutt se på hva vi ønsker å oppnå av resultater (Bjørk og Solhaug, 2008). I denne litteraturstudien er det kreftoverlevende og de første fem årene etter fullført kurativ behandling som det fokuseres på, intervensjonen/tiltakene er at pasientene skal få økt kunnskap og oppnå stressmestring ved bruk av mindfulness som tiltak, slik at de kan redusere redselen for residiv og stress relatert til dette. Ønsket resultat er at pasientene skal oppnå stressmestring og økt livskvalitet.

I utvalget av søkeord har jeg tatt utgangspunkt i sentrale begreper relatert til valgt problemstilling og hovedtema. Søkeord som er benyttet; Kreftsykepleier/Cancer nurse/nurse support, kreftoverlevende/cancer survivors, kreftpasient/cancer patients, rehabilitering/rehabilitation/rehabilitation service, helsefremmende sykepleie/health promotion, rutinekontroller/support program, redsel for tilbakefall/fear of cancer recurrence, tilbakefall/recurrence, mestring/coping, stress/distress, livskvalitet/quality of life, plagetermometer/distress thermometer, oppmerksomhetstrening/mindfulness, veiledning/guidance og undervisning/instruction. Søkeordene er benyttet på norsk og engelsk ved søk i bøker, databaser, retningslinjer og lovverk. Utfordringen ved å starte å søke bredt var at treffene ble mange, og det ble utfordrende å være sikker på at aktuelle studier ble inkludert. Søkeordene ble dermed kombinert med bindingsordene AND og OR for å få et mer overkommelig resultat. AND for å konkretisere søket til at alle søkeordene skal være gjeldene, OR når jeg er ute etter enten eller (Bjørk og Solhaug, 2008). I vedlegg 1, punkt 3 blir det presentert et eksempel på hvordan jeg har benyttet PICO-skjema i søket etter artikler i Cinahl og hvilken kombinasjon som ga ønsket resultat. Denne framgangsmåten er også benyttet i søket i de andre databasene. I enkelte søk har jeg spesifisert hvilken type artikkel jeg er ute etter, dette er dokumentert i tabellen i vedlegg 1, punkt 4.

Jeg har benyttet sentrale biologiske databaser som refererer til både enkeltstudier og oversiktsartikler, samt er internasjonale; Medline, CINAHL og Svemed+. For å få oppsummert forskning har jeg benyttet Cochrane library, og valgte ut en review. Andre databaser som det har blitt benyttet artikler fra er Idunn og Oria. Det har også blitt foretatt søk i andre databaser, men disse blir ikke presentert siden de ikke ga ønsket resultat. Det har også blitt søkt i tidsskriftet Sykepleien/Kreftsykepleien og i Den norske legeforening. Som Dalland (2012) hevder finner man den nyeste kunnskapen i tidsskrifter.

Jeg har søkt etter oversiktsartikler, enkeltstudier, kvalitative og kvantitative studier.

Oversiktsartikler er artikler basert på en oppsummering av flere enkeltstudier med samme problemstilling/tema. Enkeltstudier vil si egne intervjuer med forskjellig antall deltakere. Gyldigheten på enkeltstudier er noe mer begrenset enn ved oversiktsartikler, siden oversiktsartiklene sammenfatter og sammenligner flere resultater hvor man kan vurdere om problemet er gjeldene eller ikke. Oversiktsartiklene kan videre inndeles i meta-analyser (talldata fra enkeltstudier), systematisk oversikt (oppsummere evidens ut fra problemstilling og relevans for praksis) og en oppsummering av kvalitativ forskning (Bjørk og Solhaug, 2008). Kvalitative studier vil si en systematisk forståelse av et tema eller sammenhenger basert på undersøkelser som beskriver pasientens erfaringer og opplevelser, hvor metoden i hovedsak omhandler intervjuer eller observasjoner. Minuset med denne metoden er at det ofte er et lite utvalg deltagere (Kunnskapsbasert praksis, 2012b). Mens kvantitativ metode er en tverrsnittstudie hvor informasjon blir samlet inn for å beskrive forekomster, samt sammenhenger mellom to temaer (Kunnskapsbasert praksis, 2012c), dette baseres på tallmaterialet som kartlegges ved bruk av spørreskjemaer (Nortvedt et al., 2012).

Kriteriet som er satt i forhold til årstall for publikasjonen er 2000-2016, men med enkelte unntak. Dette er for å sikre at litteraturen som er brukt er av nyere dato, samt som en begrensning for søket. I vedlegg 1, punkt 2 blir det presentert hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg har hatt i utvalget av artikler. Ved søket har jeg benyttet kunnskapspyramiden som Kunnskapsbasertpraksis (2012a) presenterer. 10 av 18 valgte artikler er fagfellevurderte, som vil si at artiklene er vurdert av fageksperter før publikasjon (Dalland, 2012). De som ikke er fagfellevurderte er skrevet av høyt utdannede og enkelte er kjente forfattere innen artikkelens tema. Søkeprosessen startet i november-desember-15 og fortsatte til mai-16.

Det har også blitt benyttet føringer og retningslinjer fra Helsedirektoratet, gjeldene Lovverk fra lovdata og yrkesetiske retningslinjer fra Norsk Sykepleierforbund. Jeg anser dette som sikre kilder siden disse må opp til høring før de blir publisert som endelig materialet.

2.2.1.Valg av litterære kilder

Litterære kilder jeg har brukt som grunnlag er «*Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*», «*Kreftoverlevere*» og «*Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*». Disse bøkene er

anbefalt pensumlitteratur, samt at det i disse bøkene er redaktører som alle jobber innen helsefaget enten som onkologer/leger, sykepleiere, sosionomer, forskere eller andre spesialister. Ellers har jeg brukt litteratur med anerkjente forfattere innen de forskjellige hovedtemaene ut fra problemstillingen som f.eks. Gammersvik og Alvsvåg som er kjente forfattere innen helsefremming, Dahl som har sin spesialisering innen psykiske symptomer og lidelser, Reitan som fokuserer på kreftsykepleierens funksjoner, Tveitens teorier om veiledning og empowerment-begrepet, Fosså som har fokus på seineffekter etter kreftbehandling, Gudbergsson som fokuserer på rehabilitering etter kreftbehandling, Kabat-Zinn og Kroese som begge er kjente for sin teorier rundt mindfulness som en helsefremmende metode.

I forhold til teoretikere har jeg valgt å utelukke sykepleieteoretikere til tross for at flere er aktuelle for valgt problemstilling. Grunnen til dette er oppgavens ordbegrensning, samt at jeg mener Aron Antonovskys salutogenesetenkning, og Andries Kroese og Jon Kabat-Zinns teorier om stress og stressmestringsmetoden mindfulness er mer relevante for denne problemstillingen.

For å fremme helse etter kreftsykdom, vil det i flere situasjoner være nødvendig å redusere redselen for residiv og stress for å kunne mestre den nye livssituasjonen, samt få økt livskvalitet. I rehabiliteringsprosessen er Antonovskys salutogenetiske tankegangen sentral i forhold til at kreftpasientens ressurser og helse skal fremmes (Tveiten, 2012). Antonovsky blir henviset til via hans egen utgivelse, samt via andre forfattere.

I forhold til oppmerksomhetstrening/mindfulness er Andries Kroese en anerkjent professor innen dette tema og har fokusert mye på somatisk sykdom og stressreducerende teknikker. Jon Kabat-Zinn er også en kjent professor innen oppmerksomhetstrening/mindfulness. Kabat-Zinn henvises til bl.a. via Gran et al. (2011), hvor hans teori om de viktige momentene i oppmerksomhetstrening blir presentert. I referanselisten til kapittelet er også denne henvisningen fra 1990. Den er dermed gammel, men velger å benytte teoriene da jeg mener disse er like gjeldene i dag. Et annet minus er at jeg ikke bruker original utgaven, årsaken til dette er at jeg oppfatter Gran (2011) sin tolkning som konkret, konsis og oppklarende.

2.2.2. Valg av forskning

I vurderingen av artiklene har jeg gått ut fra Reinar og Jamtvedt (2010) sine punkter; klar tittel og formål, søkestrategi, om de inngår i mine inklusjonskriterier, vurderer artiklens validitet og kvalitet, samt en vurdering av om resultatene kan benyttes i denne litteraturstudien. Det har i hovedsak blitt valgt artikler som følger IMRAD-strukturen, som vil si at den er delt inn i innledning/introduksjon, metode, resultat, diskusjon og konklusjon (Reinar og Jamtvedt), men i enkelte tilfeller har det blitt gjort unntak.

I vedlegg 1, punkt 4 blir søkene i de forskjellige databasene med de søkeord som ga valgte resultater presentert. Har valgt å utelukke de søkekombinasjonene som ikke ga ønskede resultater slik at man får et mer oversiktlig bilde over de søkene som ga benyttede artikler. I vedlegg 2 blir valgte artikler presentert i punkt 1. med forfattere, tittel, hensikt, metode, deltagere, hovedfunn og kvalitet, og i punkt 2. med styrker og svakheter. De blir også presentert ytterligere funn i teori og drøftingsdel.

I denne litteraturstudien har jeg brukt 10 fagartikler, 7 forskningsartikler og 1 kronikk. 11 av 18 artikler har fulgt IMRAD-strukturen. 17 av 18 artikler er innenfor valgt tidsepoken. Det er kun Wilkinson (1997) som er utenfor tidsepoken, men velger å ta den med siden jeg mener hans artikkel er overførbart til nåtid og like gjeldene. Deltagelsen på studiene er også noe varierende, helt fra 2 lærergrupper til 1325 kreftoverlevende i en annen studie. Stort sett har antall deltagere ligget på mellom 16-68stk. Fordelen med at det er mange deltagere er at det er mer overførbart til virkeligheten. I de fleste valgte studiene har det blitt sendt ut spørreskjema til flere enn de som responderte. Deltagerne i studiene er representative i forhold til valgt problemstilling, samt de jeg møter i praksis.

Innen kreftrehabilitering har det vært utfordrende å finne gode artikler, for som Fosså et al. (2008) skriver i sin kronikk er det lite kunnskap om bl.a. kvaliteten, effekten, behovet og tidspunkt for oppstart av kreftrehabiliteringen. Men jeg har inkludert artikler fra Dahl et al. (2014), Menhert et al. (2013) og Thorsen et al. (2011) som omhandler dette tema. I forhold til videre oppfølging etter fullført behandling har jeg benyttet en artikkel fra Salvesen (2001) som beskriver rutinekontroller ved gynekologisk kreft, dette kan avvike noe fra dagens rutineprogram pga. datoen på artikkelen og kreftdiagnose, men ut fra erfaringer fra praksis og de diagnosespesifiserte pakkeforløpene ser det ut til å delvis stemme, men at det er individuelle forskjeller. Allen et al. (2009) og Sekse et al. (2013) som har spesifisert

tidsepoken de har foretatt undersøkelsen på, noe som er innenfor min valgte tidsperiode som er de første 5 årene etter fullført kurativ behandling. Pasientgruppen er kreftoverlevende, men det er i kun fire av artiklene det er spesifisert at pasientene er kreftoverlevende, mens det ellers kun er skrevet kreftpasienter. Eksempler på de som kun har skrevet kreftpasienter er; Fosså et al. (2008), Mehnert et al. (2013) og Thorsen et al. (2011), mens Sekse et al. (2013) og (2014), Allen et al. (2009) og Loizzo et al. (2010) spesifiserer at pasientgruppen er kreftoverlevende. Styrken ved at det er spesifisert kreftoverlevende er at dette er pasienter som er kurerte, samt skal leve med det å ha hatt en kreftdiagnose i mange år. Mens der hvor det ikke er definert er det usikkert om pasientene er kurativt eller palliativt behandlet.

I forhold til diagnosespesifiserte studier er det blitt benyttet artikler som omhandler bryst-, gynekologisk- og hematologisk kreft, og det er flest kvinnelige deltagere. Styrke i forhold til dette er at bl.a. brystkreft er en diagnosegruppe med høy overlevelse dersom det blir oppdaget i tidlig stadium (Kreftregisteret, s.a.), mens svakhetene er at det er flest kvinner og få menn, samt få diagnoser. Ut fra erfaringer fra praksis ser man ofte at kvinnene er mer åpne om psykiske konsekvenser etter kreftbehandling, mens menn er mer avslappet og har full tiltro til at onkologen/fastlegen sier ifra dersom det er noe. Det er kun i enkelte av studiene som alderen er spesifisert; Allen et al. (2009) har deltagere mellom 35-86 år, Sekse et al. (2014) har mellom 39-66 år, Thorsen et al. (2011) hadde en gjennomsnittsalder på 52 år, mens i Mehnert et al. (2013) var alderen 18-60 år. De fleste vil dermed leve som kreftoverlevende i mange år etter fullført kurativ behandling, noe som kan bidra til en belastning spesielt i forhold til stress relatert til redsel for residiv.

I forhold til redsel for residiv, stress og mindfulness/oppmerksomhetstrening ble det funnet flere artikler som ga et godt bilde på denne problematikken alene, det utfordrende var å finne kombinasjonen av disse faktorene, samt effekten av mindfulness hos kreftoverlevende som slet med stress relatert til redsel for residiv. I forhold til redsel for residiv ble det valgt artiklene til Simard et al. (2013), Mehnert et al. (2013) og Allen et al. (2009). Mens Wilkinson (1997) gjør rede for hvordan man som menneske utvikler mestringsstrategier for bl.a. å takle alvorlig sykdom. Mindfulness/oppmerksomhetstrening blir i hovedsak knyttet opp mot kreftsykepleiere og hvordan de kan benytte denne metoden i møte med alvorlig syke pasienter via artikkelen til Olsen et al. (2015) og Sandvik (2011), mens Loizzo et al (2010) viser til et 20-ukers helbredelseskurs for kreftpasienter hvor mindfulness er en av metodene som har blitt

benyttet. Mens Salhofer et al. (2016) viser til at det er usikker effekt av mindfulness innen helsefremming. Dette bidrar til flere synsvinkler på mindfulness.

Kreftsykepleierens helsefremmende og rehabiliterende funksjon blir fremhevet gjennom bl.a. Gammersvik og Alvsvåg (2009) som viser til den «nye måten» å forstå helsefremming og Hynne og Kvangarsnes (2012) som belyser kreftsykepleierens ansvar og funksjonsområder, samt Dahl et al. (2014) som tar utgangspunkt i 6 perspektiver som representerer rehabiliteringssykepleien. Et minus ved Gammersvik og Alvsvåg (2009) sin studie er at her er det en lærergruppe som er intervjuet og ikke kreftsykepleiere/sykepleiere. Sekse et al. (2014) viser til viktigheten av veiledning og undervisning.

2.3.Kildekritikk

Kildekritikk vil si at man kvalitetsvurderer det man har valgt å inkludere i litteraturstudien (Bjørk og Solhaug, 2008). Hensikten med å være kritisk er bl.a. for å fastslå om kildene jeg benytter er troverdige og sanne. Ved å være kildekritisk sikrer jeg at jeg velger den litteraturen som er relevant og gyldig for min problemstilling (Dalland, 2012), samt ser på materialets styrker og svakheter.

Fordelen med litteraturstudie er at litteraturtilgjengeligheten er stor, så det utfordrende blir å finne det som kan anses som pålitelig (Dalland, 2012). Jeg stiller meg kritisk til om jeg har funnet nok og relevant forskning og litteratur, spesielt med tanke på at det har vært utfordrende å finne litteratur som har den sammenhengen jeg ønsker med tanke på valgte hovedtemaer. En annen utfordring er at man blir lett påvirket av andres meninger og utsagn på områder man har lite kunnskap om fra tidligere. Ved å bruke forskning av nyere dato, samt å bruke flere forfattere som skriver om samme tema underbygges de med hverandre. I søket etter artikler har jeg tatt utgangspunkt i S-pyramiden, hvor jeg har søkt både etter enkeltstudier, samt systematiske oversikter, retningslinjer og gjeldene lovverk (Nortvedt et al., 2012). En svakhet ved å f.eks. å velge én enkeltstudie basert på et lite antall deltagere, er at dette kan bidra til feilkilder (Reinar og Jamtvedt, 2010), mens fordelen kan være at dette er en primærkilde (Nortvedt et al., 2012).

2.4. Etiske overveielser

Når det refereres til egne erfaringer fra praksis knyttet til møte med kreftoverlevende og deres behov for rehabilitering og stressmestringsveiledning anonymiseres navn, kjønn og sted for å ivareta taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999).

Den forståelsen man danner seg igjennom praksis og erfaringer preger mitt syn på valgt litteratur. Dermed blir utfordringen min er være objektiv nok, slik at oppgaven ikke bare baseres på mine subjektive synspunkter. Mine refleksjoner underbygges med litteratur og kildehenvises etter høyskolens retningslinjer. Flere av artiklene som har blitt benyttet er skrevet på engelsk, derfor tas det forbehold om eventuelle feiltolkninger/misforståelser siden disse er oversatt av meg. Har også benyttet sekundærkilder og er bevist på at jeg tolker andres tolkninger av primærkilden. Ikke alle artiklene er fagfellevurderte, men har valgt å ta de med side de er skrevet av kjente forfattere, samt publisert i anerkjente tidsskrifter.

3. Teori

3.1. Helhetlig kreftrehabilitering

Helse, livskvalitet og velvære er avhengig av fravær av sykdom, best mulig helse, eventuelt gjenvunnet helse etter sykdom, mestring av akutte sykdomstilstander og daglige lidelser som følge av sykdom (Tveiten, 2007). Aaron Antonovsky bygger sin salutogenetiske teori på at helse er en ressurs hvor hovedfokuset ligger på mestring av hverdagen og hva som skaper helse (Larsen, 2012). Det nye folkehelsearbeidet retter fokuset mot helhetstenkning, ressurser, salutogenesetenkning som vil si det som fremmer helse (Tveiten, 2007), samt Ottawacharteret som baseres på empowermentstrategi (Gammersvik og Alvsvåg, 2009).

Sent på 1970 og tidlig 80-tallet ble kreftrehabilitering først et tema (Gudbergsson, 2010), men fortsatt er det ikke avklart hvilke kreftpasienter som har behov for rehabilitering, når de har behov, hvilke tiltak som er nødvendige og hvilken effekt de forskjellige rehabiliteringstiltakene har (Myhre, 2012), samt varigheten av effekten (Fosså et al., 2008). Som et tiltak for å bedre dette er det nedtegnet i den Nasjonale Kreftstrategien 2013-2017 at rehabilitering skal være en integrert del av behandlingsforløpet til alle kreftpasienter (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Kreftpasientenes hovedmål er å komme tilbake til en normal hverdag, og en god rehabiliteringsprosess bidrar til å komme på rett vei ved hjelp av kunnskap om kreftsykdommen og dens følger (Kreftforeningen, 2012).

Et av de viktigste målene for kreftrehabiliteringen er at livskvaliteten hos kreftpasientene bedres, noe som innebærer å oppnå maksimal mestring av den situasjonen pasienten er i. På overordnet nivå er målet med rehabiliteringen at pasienten skal fungere optimalt eller best mulig hjemme, samt kunne være aktiv deltaker i eget hverdags-, samfunns- og arbeidsliv. På pasientnivå er målene med rehabiliteringen individuelle, hvor pasienten og aktuelle fagpersoner i samråd finner frem til det som vil bedre pasientens helsetilstand (Myhre, 2012).

Årsaken til behovet for rehabilitering kan være av både fysisk, psykisk, kognitiv og sosial art, og kan dermed bestå av opptrening av en eller flere av disse funksjonene. Behovet kommer spesielt til syne dersom deltagelse i samfunnet og sosialt har blitt redusert som følge av diagnosen og/eller behandlingen (Myhre, 2012). Dermed innebærer rehabiliteringsprosessen gjenoppbygging av de overnevnte årsakene, samt styrke pasientens egne ressurser slik at de oppnår økt livskvalitet (Gudbergsson, 2010).

For å få til en god rehabiliteringsprosess bestående av helhet og helsefremming er man avhengig av at pasienten selv tar styringen og styrker seg selv til en bedre hverdag ved hjelp av egne ressurser (Rene og Larsen, 2012), det er deres opplevde problem som skal stå i sentrum (Gudbergsson, 2010). Man er også avhengig av at rehabiliteringstiltakene er godt integrert i behandlingsforløpet og godt planlagt, slik at tiltakene ivaretar pasientens psykososiale og fysiske behov på en tilstrekkelig og god måte (Helse og Omsorgsdepartementet, 2013). Pasienten må i samråd med behandlende lege/onkolog/fastlege/kreftsykepleier komme fram til relevante tiltak (Helsedirektoratet, 2015).

Rehabiliteringstilbudet som tilbys pasienten kan skje poliklinisk, ved rehabiliteringsinstitusjoner og/eller i kommunen. Kreftforeningen forventer at alle foretakene i spesialisthelsetjenesten har et tilbud om opphold på rehabiliteringsinstitusjon (Kreftforeningen, 2013). Ved rehabiliteringsinstitusjoner møter kreftpasientene likesinnede, hvor flere pasienter opplever det som nyttig å få snakke med andre i samme/likende situasjon (Fosså et al., 2008), samt at de får bistand til å mestre sin nye situasjon av et tverrfaglig team bestående av f.eks. lege, kreftsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionom osv. Rehabiliteringsinstitusjonene tilbyr både dagopphold og døgnopphold opp mot 4-5 uker sammenhengende, samt reopphold (Nilsen, s.a). Det er varierende når den enkelte kreftpasient føler behov for rehabilitering. Noen trenger det umiddelbart, mens hos andre oppstår behovet og motivasjonen flere måneder etter avsluttet behandling (Fosså et al., 2008). Poliklinikkene føler opp med rutinekontroller som ved gynekologisk kreft består stort sett av fire kontroller første året, for så to andre og tredje året og deretter årlig kontroll så lenge det er behov for det (Salvesen, 2001). Dette gjelder for flere andre diagnoser også. Oppfølgingen i kommunen varierer fra kommune til kommune.

3.2. Kreftoverleverer i rehabiliteringsfasen

Fra en person får en kreftdiagnose, kurativ behandling, erklæres frisk og er tilbake i en «normal» hverdag, er en tid bestående av flere faser (Gudbergsson, 2010). Man går fra behandlingsfasen til rehabiliteringsfasen med en flytende overgang, siden behandlingsregimer kan strekke seg over flere år, noe som kan bidra til at kreftpasientene utsettes for langvarig stress (Reitan, 2010c), som følge av redsel for progresjon og residiv (Mehnert et al., 2013).

Definisjonen av hvem som kan kalles kreftoverlevende er noe usikker siden det i følge Møller og Langmark (2013) ikke finnes noen registrering i forhold til når kreftpasientene kan regnes som kurerte og at dette varierer fra diagnose til diagnose. I denne litteraturstudien benytter jeg begrepet kreftoverlevende for pasienter som har fullført kurativ behandling og at de er i remisjon som vil si at de er uten synlige sykdomstegn og er erklært friske. Remisjonsfasen er preget av glede over å være frisk, men også usikkerhetene og redselen for residiv. Pasientens livskvalitet og glede over at man er frisk kan i enkelte tilfeller bli overskygget av redselen for residiv, som ofte baseres på at pasienten tolker kroppens nye sider og signaler negativt. Når man har blitt rammet av kreftsykdom og helbredet for dette, har man erfaringer og opplevelser som de vil bære med seg resten av livet (Reitan, 2010b).

3.2.1. utfordringer hos kreftoverlevende

En kreftsykdom utfordrer både den som blir rammet, nærmeste pårørende og helsepersonell. Det er stadig flere som rammes av kreft, men det er samtidig flere som overlever en kreftdiagnose takket være bedring i behandlingsalternativer. Andelen kreftoverlevende er mer enn to tredeler, noe som bl.a. skyldes tidligere diagnostisering og mer individualisert kreftbehandling (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). I utredningsfasen jobber man mot å få en diagnose og en «forklaring» på hva som skjer med kroppen. Når man har fått diagnosen må man håndtere behandlingen og dens bivirkninger, og når man har fullført behandlingen og kanskje erklært «frisk», er det tid for kontroller/oppfølginger (Myhre, 2012). Som følge av at kreftpasienter lever lenger med sin sykdom, må man rette oppmerksomheten mot tiltak for forebygging av seieffekter, samt bedring av pasientens livskvalitet i form av helsefremming. Dette kan være tiltak som lærings- og mestringstilbud, rehabilitering og støttende omsorg (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013).

Kreftsykdommen kan bringe med seg individuelle utfordringer knyttet til psykososiale problemstillinger som redusert livskvalitet, sorgreaksjoner og redsel for residiv (Gudbergsson, 2013). Hvordan pasienten hadde det psykisk før kreften inntraff spiller en avgjørende rolle i forhold til de psykiske følgene (Dahl, 2013). Dermed er det viktig at mestring i det daglige handler om å tilpasse og utvikle seg ved hjelp av nye ferdigheter, samt hvordan man møter belastende og stressende livssituasjoner. Dette kan enten møtes ved at man mobiliserer egne ressurser i møte med utfordringene, eller man kan skyve eller fortrenge ubehaget ved å bruke egne forsvarsmekanismer. For å oppnå mestring er man avhengig av å mobilisere indre

psykiske krefter, men også direkte handlingsorienterte krefter. Summen av dette skal bidra til at kreftpasienten gjenfinder meningen med livet og beherske belastningene de utsettes for (Reitan, 2010c), som f.eks. redsel for residiv og påfølgende stress som følge av dette.

Dahl (2016) henviser til at det er normalt med økt nivå av angstsymptomer når liv og helse trues av en alvorlig kreftdiagnose, og dette er en av de symptomene som representerer betydelige psykiske plager hos kreftpasienten. Han henviser videre til at en utfordring hos kreftpasienten er å skille mellom når man kan anse de psykiske plagene som normale og ikke. Han skiller videre angst og normal frykt relatert til residiv. Når frykten har gått over i angst for residiv gir dette pasienten funksjonssvikt og sterke subjektive plager.

3.2.2.Redsel for residiv

Fosså (2007) viser til at 15-25% av kreftoverlevende rapporterer om psykososiale problemer som depresjon, utbrenthet og angst hvor redsel for residiv er fremtredende siden risikoen for dette er tilstede flere år etter fullført kurativ behandling. Simard et al. (2013) påpeker at redsel for residiv er et av de hyppigste rapporterte problemene. 39-97% av kreftoverlevende rapporterte om en viss grad av redsel for residiv, 22-87% moderat til høy, mens 0-15% rapporterte om et høyt nivå. De viser også til at redselen for residiv har en sammenheng med alder, alvorlighetsgraden og/eller tilstedeværelsen av psykiske og fysiske symptomer/plager, samt livskvalitet. Unge pasienter har en sterkere redsel for residiv enn eldre og årsaken har trolig en sammenheng med at kreftdiagnosen kom uventet, samt at diagnose truer bl.a. pasientens livssituasjon med tanke på reproduksjon og karriere (Simard et al., 2013). Dahl (2013) henviser også til at høy residivangst har en sammenheng med fatigue, nervøsitet, traumatiserte opplevelser knyttet til kreftsykdommen/-behandlingen, dårlig selvfølelse og nedsatt livskvalitet.

Kiserud et al. (2012) viser til fire faktorer som kan påvirke redselen for residiv; 1.Viktig informasjon om god prognose blir ikke oppfattet av pasienten. 2.Etterkontroller med undersøkelser utløser angst igjen og igjen, og bidrar til en stadig påminnelse om kreftsykdommen og det den har bidratt til. 3.Pasienter med psykiske plager fra tidligere, hvor angsten har blitt forsterket etter kreftdiagnosen. 4.Pasienten tolker alle de uvanlige signalene i kroppen med engstelse og angstterskelen har blitt redusert (Kiserud et al., 2012).

Risikoen for residiv foreligger for de fleste kreftsykdommene. Dermed anses redsel i forhold til dette som normalt ved stilte kreftdiagnose, under kreftbehandlingen og de første årene etter fullført kurativ behandling, men går det over denne tiden uten tegn på residiv må denne typen angst anses som et problem (Dahl, 2016). Som Simard et al. (2013) påpeker viser det seg at redselen for residiv er størst like etter at kreftdiagnosen har blitt satt, for så å synke og tilslutt stabilisere seg. Angst er ofte den underliggende årsake til stress, så for å oppnå reduksjon av stress er man avhengig av å håndtere redselen for residiv først (Kroese, 2003).

3.3. Stress og stressmestring hos kreftoverlevende

Stress defineres som en respons på forandringer og utfordringer vi blir utsatt for i hverdagen. Kroese (2012) definerer at stress omhandler følelsen av å miste kontrollen over en eller flere situasjoner, men om denne følelsen av kontroll stemmer med virkeligheten kan variere. Stress handler om årsaken (stressfaktorer), samt hvilken effekt dette har på oss og hvordan vi responderer. Det betyr ikke nødvendigvis at vi må lide av det og det behøver ikke å være et problem, men i enkelte tilfeller kan stress true vår helse (Kroese, 2003). Stress i helsesammenheng fremstår som en sentral faktor til hvorfor enkelte sykdomsbilder forverres spesielt ved høyt stressnivå. Stress kan ha en innvirkning på bl.a. medisinformbruk, tilleggsplager og rekonvalesenstiden (Woemnes og Manger, 2005). Dersom stress forblir ubehandlet kan dette bidra til utbrenthet/utmattelse som følge av konstant aktivitet av det sympatiske nervesystemet, samt at det kan bidra til sykdommer i det kardiovaskulære-, muskelskjelett-, gastrointestinale- og immunsystemet (Kristoffersen, 2011a). Den fysiske funksjonen blir dårligere, smertene blir større og sykehusoppholdene lengre, noe som fører til en ekstra påkjenning for pasienten og for helsevesenet generelt (Snowden et al., 2011).

Stress handler om de ytre konkrete faktorer som vi påvirkes av eller passivt utsettes for, samt av vår psykiske funksjon. Ytre stressorer vises i reaksjoner i form av både fysiologiske, emosjonelle, kognitive og atferdsmessige endringer (Woemnes og Manger, 2005). Som igjen kan inndeles i akutte og kroniske stressreaksjoner. Akutte stressreaksjoner er relatert til livshendelser (Reitan, 2010c), dette innebære at man raskt må reagere på en utfordring. Da reagerer det sympatiske nervesystemet og stresshormonene adrenalin, noradrenalin og kortisol går ut i blodbanen. Kroppen reagerer i form av at hjerte og åndedretten går fortere, oppmerksomheten øker, blodtrykket går opp, musklene spennes osv. Ved avspenning skjer det motsatte av dette, pusten blir roligere og stress-symptomene reverseres (Kroese, 2003).

Kroniske stress innebærer at man utsettes for mindre eller større påkjenninger over tid (Reitan, 2010c), og man er konstant i unødvendig alarmberedskap som igjen bidrar til sløsing av energi (Kroese, 2003). Ytre stressorer/påkjenninger blir omfattet av vårt sanseapparat, som videre utløser stressresponser av emosjonell art. Som f.eks. angst, frykt og sinne (Reitan, 2010c). Kjennetegn ved at man stadig er «kampklar» kan være bl.a. depresjon, søvnløshet, tretthet, irritasjon, svimmelhet, smerter, fordøyelsesproblemer, hukommelsesproblemer og konsentrasjonsvansker (Kroese, 2003). Flere av disse symptomene er også vanlige reaksjoner/bivirkninger på kreftsykdom/-behandling (Dahl, 2013), dermed kan det være vanskelig å skille hva som er hva.

Sykdom av alvorlig eller livstruende grad kan føre til stress, spesielt når man ikke finner fram til mestring eller mening i egen helsetilstand. Enkelte kreftpasienter påføres også langvarig stress når de er under kurativt behandlingsregime siden dette gjerne kan strekke seg over lang tid (Reitan, 2010c). Dahl (2016) viser til at posttraumatisk stresslidelse er vanlig hos pasienter med alvorlig diagnose, og de blir ufrivillig minnet på hvilken livstruende situasjon de har vært igjennom. Ofte kan man se at troen på livet brytes ned og pasientens holdninger blir negative og mistroiske. Som en forutsetning for mestring og tilpasning hevder Antonovsky at mestringsevnen handler om innstilling, samt hvordan vi møter/oppfatter stressorene vi utsattes for. Dermed er evnen til tilpasning og endring, nært knyttet opp mot opplevelsen av mestring (Sævareid, 2008). Første skritt for å oppnå en god mestringsstrategi er å akseptere kreftdiagnosen, være optimistisk, ha en sterk kampvilje og hvordan man tolker stressorene (Reitan, 2010c).

3.3.1. Mindfulness som helsefremmende tiltak

Mindfulness er en teknikk som har blitt benyttet i over 2500 år i buddhistisk praksis og filosofi for å redusere lidelser og øke selvinnsikten, men mindfulness er fortsatt en relativt ny meditasjonsform i Vesten (Egeland, 2010). I løpet av de siste 25 årene i Norge har oppmerksomhetstrening blitt en metode innen medisinfaget som har vist en god effekt på helseplager og stress (Vibe og Karem, 2014).

Alt man gjør, gjør man i nuet. Problemer oppstår og må løses i nuet. Ved hjelp av mindfulness blir oppmerksomheten holdt i nuet, og fokuset ligger på hva som er viktig akkurat nå (Nilsonne, 2010). Ved hjelp av oppmerksomhetstrening kan man lære å stoppe opp for å være

tilstede «her og nå». Det å være bevisst tilstede i øyeblikket er definisjonen på oppmerksomhet ifølge Kroese (2003). Ofte bruker man mye tid og energi på å tenke på fortiden og hva man skulle gjort annerledes, eller det motsatte, å planlegge fremtiden og hva man vil gjøre annerledes. Man skal ikke glemme fortiden siden det er her vi finner erfaringene og kunnskapen vår, og vi skal heller ikke blåse i fremtiden, da denne inneholder ambisjonene, drømmene og målene våre. Men man må kunne styre og holde oppmerksomheten mot det som skjer i nået (Nilsonne, 2010).

Som Kabat-Zinn (2011) skriver er det enkelt å være oppmerksomt tilstede, men det er enklere sagt enn gjort. For å oppnå evnen til oppmerksomhet er man avhengig av disiplin og egeninnsats. Oppmerksomhetstreningens mål er at pasienten selv skal ta kontroll over eget liv og helse, i form av å ta styringen over egne handlinger og tankeprosesser. Førstetrinn for å oppnå dette er å bli oppmerksom på at man har et stressproblem. Når man blir utsatt for en alvorlig diagnose medfører dette et stressproblem som er uunngåelig, men ved bruk av oppmerksomhetstrening kan man øke livskvaliteten i form av å fokusere på det som virkelig er viktig (Kroese, 2012).

Gran (2011) henviser til Kabat-Zinns viktige holdninger som beskriver oppmerksomhetstreningens viktigste elementer. Oppmerksomhetstrening handler om det å akseptere seg selv for den man er, både det man liker ved seg selv og ikke. Dersom oppmerksomhetstreningen skal oppleves nyttig er man avhengig av at man er tålmodig, samt har tillitt til egen kropp. Når man jobber med stressmestring er man avhengig av at man ikke streber seg fram til perfektjon, med ambisjoner som er for høye i forhold til realistisk resultat. Hvis man streber for mye for å nå urealistiske mål, kan det bidra til økt stress og dermed motsatt av ønsket hensikt. Man må akseptere eventuelle nederlag, samt akseptere at man er på et annet nivå i dag enn man har vært tidligere. Videre må man «akseptere øyeblikket» og gi slipp på det som allerede har skjedd, men samtidig ikke gi opp alt. Oppsummert handler oppmerksomhetstrening om det å akseptere hvem man er akkurat nå, og ikke hvem man må være eller vil være (Gran, 2011).

Oppmerksomhetstrening er en middelvei bestående av flere momenter. Man må lære seg å si nei til det man ikke har krefter til, men samtidig «manne seg opp» til å ta noen utfordringer slik at man ikke blir stående i stedet hvil. Med for mye stress kan man bli utbrent, noe som igjen vil ha negativ effekt på helsen. Ved bruk av oppmerksomhetstrening lærer man å benytte

avspenningstekninger som kan benyttes når man trenger det. Man yter best når man er rolig, åpen og uredd kontra bekymret, sint, engstelig eller fortvilet. Når man blir mer oppmerksom over egne handlinger blir man mer bevisst på at stressende problemer ofte er selvforsynt (Kroese, 2012).

Kroese (2012) spesifiserer to metoder for oppmerksomhetstrening; nr.1.Pusteankeret og nr.2.SOAL-metoden. Pusteankeret omhandler avspenning uavhengig av tid og sted, og forankrer seg i nuet. Man kan få avspenning både mentalt og fysisk ved å være oppmerksom på pusten. Pusteankeret er forankret i nuet som oppleves stressløst og som påvirkes av vår egen observasjon av den automatiske respirasjonen (Kroese, 2012). Mens SOAL er en forkortelse for stopp-observer-aksepter-la gå/gi slipp. Man tar seg tid til å tenke over egen situasjon før man reagerer. Man benytter pusteankeret, men i tillegg observerer nøyere respirasjonen ved å stoppe opp, observerer respirasjonen, akseptere hvordan pusten er og lar luften fylle lungene for så gi slipp på denne luften for at den skal erstattes med ny frisk luft. Situasjoner som f.eks. alvorlig sykdom kan man ikke unngå, men man kan selv avgjøre hvordan man ønsker å reagere og takle situasjonen (Kroese, 2012).

3.4.Kreftsykepleierens helsefremmende og rehabiliterende funksjon

Ut fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) skal man som kreftsykepleier fremme pasientens helse og forebygge sykdom, understøtte håp, mestring og livsmot, gi pasienten helhetlig omsorg ut fra behov, fremme dens muligheter for å ta selvstendige avgjørelser basert på nok informasjon og kunnskap, og fremme selvbestemmelsesretten (Sykepleieforbundet, 2011). I tillegg til dette skal man undervise, støtte, behandle, lede og administrere. Dermed vil kreftsykepleieren ha flere funksjoner, som enten kan opptre alene eller i kombinasjon (Alvsvåg, 2012). Dette innebærer at man må ha kunnskap om både patogenesen og salutogenesen. Patogenesen vil si læren om hvordan de forskjellige kreftsykdommene oppstår og utvikles (Nylenna, 2004), mens salutogenesen vil si kunnskap med fokus på det som fremmer helse (Langeland, 2012). Ut fra det overnevnte skal kreftsykepleieren utøve faglig forsvarlig sykepleie til kreftpasientene, noe som skal inneholde problemanalyse og problemhåndtering, praktiske- og samhandlingsferdigheter (Reitan, 2010b).

Kreftsykepleiere skal hjelpe kreftpasientene til å opprettholde god livskvalitet og et så normalt liv som mulig til tross for kreftsykdommen og behandlingens bivirkninger/seinfølger.

Kreftsykepleierens rehabiliterende rolle omhandler å øke kreftpasienters kunnskaper og bidra til ny læring, slik at de tilpasser seg den nye livssituasjonen (Reitan, 2010b).

Kreftsykepleierens pasientrettede funksjon hos kreftoverlevende omhandler førstegangsvurderinger med oppfølgingsamtaler–informasjon og støttesamtaler, samt behandling i form av symptomlindring (Hynne og Kvangarsnes, 2012). Kreftsykepleierens veiledende funksjon omhandler å hjelpe kreftpasienten til å få klarere mål, gjennom å gi tilstrekkelig informasjon, undervisning, råd og veiledning, men også lytte til pasientens tanker om situasjonen. En god grunnholdning hos veilederen/kreftsykepleieren er å stille seg åpen og interessert i pasientens erfaringer, liv og forestillinger om fremtiden (Eide og Eide, 2007). I mestringsperspektivet vil iverksettelsen av helsefremmede tiltak som bidrar til reduisering av stress og angst være sentralt (Reitan, 2010c), som f.eks. oppmerksomhetstrening. Det overnevnte er en del av kompetansen som kreftsykepleiere må ha i møte med kreftpasienter som sliter med stress relatert til redsel for residiv, siden man skal hjelpe de til å oppnå god livskvalitet og en normal hverdag (Reitan, 2010b).

3.4.1. Veiledning, informasjon og støtte for å redusere stress

Som følge av kreftsykdommen kan det være behov for veiledning på fysisk, psykisk og sosialt plan. Man må sammen med pasienten finne mestringsstrategier, slik at de kan gjenvinne optimalt helse- og funksjonsnivå. Det er ofte nødvendig med et tverrfaglig samarbeid mellom flere faggrupper for å oppnå dette. For å få en god rehabiliteringsprosess må sykepleietiltakene inneholde motivasjon, ny læring, stressreduksjon, samt finne mestringsmuligheter (Reitan, 2010b).

Kartlegging legger grunnlaget for god informasjon, veiledning og støtte siden kartleggingen setter fokuset på pasientens behov ut fra situasjonens betydning, samt at man skal finne fram til virkemidler og løsninger slik at pasienten får dekket sitt behov (Kristoffersen, 2011b). Veiledningen må ta utgangspunkt i en salutogenisk læreprosess (Sævareid, 2008). Dette innebærer god samhandling og kommunikasjon med kreftpasienten. Ved god kommunikasjon får man kartlagt pasientens behov og kan sette i gang tiltak som bidrar til stressreduksjon og mestring av den nye livssituasjonen (Reitan, 2010a). En refleksjonsmodell som kan benyttes i kartleggingen av kreftpasientene er KLOK-modellen hvor man starter med å finne kjernen (K), så likhet (L) med andre lignende situasjoner, se på omstendighetene (O) rundt og tilslutt konsekvensene (K) av den løsningen som blir valgt (Sørbye, 2010). Dahl (2016) henviser

også til NURSE-modellen som er en huskeliste bestående av fem punkter; N-Navnsett følelsene, U-Uttrykk forståelse, R-Respekt, S-Støtte og E-Eksplorere. Ved bruk av denne huskelisten viser kreftsykepleieren empati når pasienten viser følelser og deler sine tanker. For å få et godt utbytte av disse modellene er man avhengig av gjensidig tillit, åpenhet og respekt mellom kreftsykepleieren og kreftpasienten. Respekt innebærer å ha tid til hverandre, sitte ned, lytte, være tilstede i samtalen, være ærlige, tålmodige, vise hensyn og oppmerksom (Slettebø, 2009). Man kan også benytte kartleggingsverktøyet «Plagetermometeret» som er et måleinstrument for psykiske plager (Dahl, 2016), dette blir presentert ytterligere i drøftingsdelen. Hensikten og viktigheten av å kartlegge stress og redsel for residiv er at dette kan bidra til utrygghet og ytterligere helsesvekkelse som nevnt i punkt. 3.3.

I pasientkontakten skal vi respektere pasientens integritet og rett til autonomi.

Autonomiprinsippet innebærer at pasienten har selvbestemmelsesrett noe som avhenger av at de har fått tilstrekkelig informasjon (Olsson og Sörensen, 2003). Å gi tilstrekkelig informasjon og støtte er sentrale oppgaver for kreftsykepleieren, slik at kreftpasientene kan medvirke i avgjørelser som angår dem selv (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Dette er også i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og en del av pasientens individuelle empowerment som forutsetter at pasienten er delaktig (Reitan, 2010c).

Som Dahl (2016) henviser til er det hensiktsmessig å «dosere» informasjonen ut fra faglig skjønn med tanke på hva som må informeres om «her og nå», og hva som kan vente til pasienten er sterkere. Han henviser også til viktigheten av å få en forståelse av hva pasienten har fått informasjon om, samt om de har forstått det som har blitt sagt. Dette er med på å unngå unødvendig bekymring og stress, noe for mye informasjon kan bidra til. Som Dahl (2016) skriver er det viktig med en tidlig samtale med pasienten slik at man får kartlagt hva som er av stor betydning og bekymring for pasienten. Mange pasienter ønsker mye informasjon uavhengig av om det er god eller dårlig, og som mennesker danner de seg en rekke strategier for å kunne mestre bl.a. de truslene som residiv kan medføre. Informasjon knyttet til symptomer på residiv kan bidra til økt bevisstgjøring rundt hva de skal kjenne etter og de får aldri «fred» fra kreftsykdommen, noe som fører til at de ofte oppsøker lege. Informasjon om dette gir gjerne en grobunn før økt og ofte unødvendig bekymring, og negative følelser kan igjen bidra til økt angst, fryst, sinne, tristhet eller depresjon (Dahl, 2016). Så med helsefremming og forebygging som fokus, kan det vise seg at for mye informasjon kan ha negativ effekt på sikt.

Kreftsykepleieren har ansvar for å legge til rette slik at pasienten forstår hvilke muligheter den har, hva som har betydning for helsefremmingen og helsen generelt, samt bevisstgjøre pasienten om at det er dens ansvar å utnytte de mulighetene man har (Tveiten, 2012). Kreftsykepleierens oppgave er å fremme pasientens opplevelse av meningshelhet, begripelighet og håndterbarhet, som er tre komponenter Antonovsky (2012) mener må være tilstede for å mestre livet. Meningshelhet omhandler å fremme pasientens opplevelse av hva som er viktig å bruke energien på og hvordan den kan brukes riktig på utfordringer og problemer man står overfor. Målet er å øke pasientens motivasjon, gjennom deltakelse og engasjement (Sævareid, 2008). Som Antonovsky (2012) skriver omhandler det opplevelsen av sammenheng, følelser og holdninger. Begripelighet innebærer å få en forståelse av hva som skjer rundt dem, forhindre kaos, øke opplevelsen av struktur og orden, samt at informasjonen oppleves klar og forståelig. Noe som igjen gir forutsigbarhet for pasienten. Håndterbarhet omhandler pasientens egne opplevelse av ressurser, slik at de mestrer utfordringene i dagliglivet. Kreftsykepleierens oppgaver vil baseres på å veilede pasienten slik at de finner en balanse i livet som er håndterbar og gir en følelse av krefter, som igjen bidrar til å takle livets utfordringer (Sævareid, 2008). Dette legger mye av grunnlaget for informasjonen, veiledningen og støtten.

Tilgang på ressurser som kunnskap, ferdigheter, utstyr, hjelpere eller sosiale ressurser, samt evnen til å bruke disse for å kunne gjennomføre en handling bidrar til mestring (Tveiten, 2013). Som kreftsykepleier skal man vurdere pasientens muligheter og ressurser, for videre veilede dem slik at deres egne ressurser styrkes (Gammersvik og Alvsvåg, 2009). Dette skal bidra til at pasientene oppdager, blir bevisst og styrker sin egen mestringskompetanse (Tveiten, 2013). Som Tveiten (2012) skriver er det pasienten som sitter på «svaret», men at man som veileder må bevisstgjøre pasienten slik at de finner løsningen på problemet selv.

4.Drøfting

Som Tveiten (2007) henviser til er folkehelse forbundet med helhetstenkning, ressurser og salutogenese. Antonovskys salutogenesetenkning mener jeg legger mye av grunnlaget for hvordan vi samhandler med kreftpasienter og bidra til helsefremming i møte med dem. Grunnen til dette er at fokuset hans ligger på bedring av pasientene kontroll over egen livssituasjon og helse (Sævareid, 2008). En forutsetning for dette er at pasienten tar ansvar for egen situasjon i form av egeninnsats, motivasjon og vilje (Kreftforeningen, 2013). Kreftsyepleieren skal være med som en medspiller som kan bidra med informasjon, veiledning og støtte ut fra pasientens ståsted og behov slik at pasientens helse fremmes og livskvaliteten økes (Reitan, 2010b).

Når kreftoverleveres helse skal fremmes er det tre punkter/tilnæringsmåter som kan være sentrale; 1.Forebygging, 2.Innsetting av tiltak og 3.Støtte for å akseptere endret funksjon (Gudbergsson, 2013). Siden fokuset i denne litteraturstudien er hvordan man som kreftsyepleier kan fremme kreftoverleveres helse i rehabiliteringsfasen hvor stress og redsel for residiv er hovedproblemet, og stressmestringsmetoden mindfulness er tiltaket, vil de tre overnevnte punktene legge grunnlaget for drøftingen.

4.1.Forebygging av stress relatert til redsel for residiv hos kreftoverlevende

Som følge av dagens kreftbehandling og etter innføringen av pakkeforløpene går ofte behandlingsforløpet raskt fra kreftpasienten blir diagnostisert til de er ferdigbehandlet. Flere kreftpasienter uttrykker dette som positivt siden de blir tatt fort på alvor og behandlet raskt, mens det negative er at mange opplever at de ikke «henger med». Mange føler de lever i en «boble» og at veldig mye av informasjonen som har blitt gitt blir glemt. Ut fra erfaringer ser jeg at flere pasienter får en «aha-opplevelse» når de endelig får svar på hvorfor de føler det på det viset de gjør. Med bakgrunn i dette blir rehabilitering viktig for pasientene slik at de får fylt sine behov for informasjon, veiledning og kunnskap relatert til de utfordringene de står overfor etter fullført kurativ kreftbehandling. Å delta i rehabiliteringsgrupper påker kvinnene i studien til Sekse et al. (2014) som viktig både i forhold til å føle seg ivaretatt og sett av fagpersoner i etterkant av behandlingen, men også for å få økt forståelse av egen helsesituasjon.

«Forebygging» handler mye om tidlig informasjon med utgangspunkt i pasientens diagnose og prognose. Hensikten med dette vil være at negative konsekvenser kan reduseres på sikt (Gudbergsson, 2013), som f.eks. bekymringer og stress som igjen kan bidra til helsesvekkelse. Når man går under betegnelsen «kreftoverlever» handler det om sekundære forebygging, siden målgruppen er mennesker som allerede er pasienter rammet av et tidlig stadium av en kreftsykdom. Hovedoppgaven vil være å forebygge utvikling av tilstander som kan bli irreversible (Schjøberg, 2010). Kvinnene i studien til Sekse et al. (2013) viser til at de ikke var godt nok forberedt på hva kreftdiagnosen og behandlingen ville medføre av bivirkninger/seineffekter, og de savnet kontinuerlig informasjon og veiledning gjennom hele behandlingsforløpet. I studien til Sekse et al. fra 2014 påpekte kvinnene også viktigheten av informasjon i etterkant. Kreftforeningen (2013) understøtter dette spesielt relatert til egenrehabilitering og egenmestring. En av rehabiliteringsens grunnpilarer er empowerment, samt det å ha nok ressurser og kunnskap for å ta regi over eget liv, noe som er en forutsetning for å mestre den nye livssituasjonen (Dahl et al., 2014). Kreftsykepleierens rolle i kommunen/rehabiliteringsinstitusjoner/poliklinikk er dermed å styrke pasientenes brukermedvirkning, samt gjenta informasjon for å bidra til reduksjon av redsel for residiv som bl.a. oppstår ved feiltolkning av symptomer og bidrar til unødvendig stress.

Allen et al. (2009) viser til at brystkreftpasienter følte en tapsfølelse etter fullført behandling som følge av at de nå blir overlatt til «seg selv». De har i flere måneder/år vært under nøye overvåkning av helsepersonell, noe de omtalte som et «sikkerhetsnett». Det å gå fra å være i behandling til det å gå under omtalen «kreftoverlever» var utfordrende for flere av de i undersøkelsen, bl.a. siden de nå var ansvarlige selv for å overvåke endringer ved egen kropp og helse, noe som ga økt redsel for residiv og stress (Allen et al., 2009). En av kvinnene i denne studien sa følgende; «Jeg begynte å kjenne smerter og det første jeg tenkte var; å nei, nå er kreften tilbake» (Allen et al., 2009, s.75). Dette er tanker man stadig ser i praksis, og jeg ser ofte at mye skyldes manglende eller lite informasjon, men også at pasientene er i høyspenn og kjenner stadig etter nye symptomer på kreft. Kreftoverlevende kan ha helseangst i form av at de tolker hverdagslige kroppslige forandringer som et tegn på residiv. De har fullt fokus og bekymringer i forhold til helse, frykt for kreft og residiv, angst knyttet til andres kreftsykdom, samt at enkelte stadig oppsøker lege for å få informasjon om kroppslige symptomer og/eller skriftlig informasjon (Dahl, 2013). Som nevnt i teorien kan dette også ha en sammenheng med at flere pasienter gir uttrykk for at de ønsker all informasjon, både de gode og de dårlige nyhetene, til tross for at dette kan bidra til økt stress og bekymring knyttet til residiv (Dahl.

2016). Dilemmaet kreftsykepleieren står overfor her er knyttet til pasientens rett til informasjon (Pasientrettighetsloven, 2015), og til det faglige skjønn i forhold til hva man anser som best for pasienten med tanke på helsefremming, siden noe informasjon kan ha negativ effekt på sikt i form av helsesvekkelse som følge av økt bekymring og stress. At kreftpasienter opplever helseangst i en periode etter fullført behandling er naturlig (Dahl, 2013).

Hvordan man håndterer stress er veldig individuelt og læringsprosessen er personlig. Pasientene har med seg forskjellig kunnskap og erfaringer inn i de enkelte situasjonene, samt individuelle krav fra omgivelsene, ulike ressurser og støtte fra de rundt seg. Noe som bidrar til at stresset en kreftsykdom og behandlingen bringer med seg oppleves svært forskjellig (Gammersvik og Alvsvåg, 2009). For å kunne mestre stress er man avhengig av å finne årsaken til at stress oppstår og som Kroese (2003) skriver er angst stort sett den underliggende årsaken. Dersom man som kreftsykepleier opplever at kreftpasienten har et udekket behov og lider av unødvendig stress kan det være nyttig å benytte KLOK-modellen for å finne årsaken (kjernen) til at pasienten opplever økt stress, sammenligne med andre lignende situasjoner, se på omstendighetene rundt, for tilslutt se på hvilke konsekvenser valgt tiltak kan få (Sørbye, 2010). Opplevelsen av stress baseres ofte på hva man husker av tidligere erfaringer, samt opplevelsen av kontroll (Reitan, 2010c). Når man opplever hendelser som bidro til mestring og vellykkede gode resultater forventer man suksess dersom man kommer opp i samme situasjon igjen, mens når man har opplevd håpløse og vanskelige situasjoner møter man ofte de igjen med en negativ adferd. Dette kan bidra til at de negative stressfaktorene øker og man kan være avhengig av kompetent hjelp for å kunne mestre den nye situasjonen og bearbejde de negative erfaringene (Woemnes og Manger, 2005). Når kreftsykepleier er i samtale med kreftpasienter er det naturlig å sammenligne de med andre som har vært igjennom lignende situasjoner og man gir veiledning ut fra kunnskapsbasert praksis, men man må huske på individualitet.

Løsningene/tiltakene som blir valgt kan ha konsekvenser, men dette er vanskelig å forutsi på forhånd (Sørbye, 2010). Som kreftsykepleier kan man veilede pasienter ved hjelp av kompetanse, men siden stress og redsel for residiv er svært individuelt og har ingen fasitsvar på hvordan man skal behandle dette, er man avhengig av at forholdet mellom kreftsykepleieren og kreftoverleveren er basert på gjensidig respekt, tillitt og trygghet slik at man kan være sikker på at pasienten gir tilbakemelding dersom valgte tiltak ikke fungerer

optimalt. Som Helse- og omsorgsdepartementet (2013) påpeker kan god kommunikasjon mellom kreftsykepleier og pasient bidra til bedre helse og effekten av behandlingen. I praksis møter man «idealpasienter» som ber om hjelp, har åpne samtaler og forteller om sine problemer/ubehag, lærer raskt og har gode og hensiktsmessige mestringsstrategier. Men vi møter også de «vanskelige» pasienten som helst ikke vil være til bry, er mindre åpne og gir uklare svar (Wilkinson, 1997). Hovedmålet i rehabiliteringsfasen er at pasientens helse skal fremmes, noe som avhenger av at pasienten gir tilbakemeldinger fortløpende på effekten av de forebyggende tiltakene som blir igangsatt. Kreftpasientene må være klar over konsekvensene ved å ikke gi kontinuerlig tilbakemeldinger.

Når kreftsykepleieren kommuniserer med kreftpasienter via samtaler, veiledning eller undervisning er det opp til pasientene selv om de ønsker å fortelle om sine opplevelser og reaksjoner i forhold til kreftdiagnosen, behandlingen eller prognosen (Reitan, 2010c). Når man samtaler med kreftoverlevende vil man ofte oppleve svingninger mellom håp og fortvilelse, spesielt med tanke på behandlingseffekten og redselen for spredning eller residiv (Sørbye, 2010). Mange føler de til stadighet må gjenta sykehistorien, noe flere opplever som belastende siden de gjennom dette blir påminnet hva de er vært igjennom. Rutinekontroller er også en påminnelse om hva man har vært igjennom og flere opplever økt stress og redsel når det nærmer seg kontroll. Mange kjenner ekstra etter om kroppen har forandret seg siden forrige kontroll. Egenerfaring har vist at det er hensiktsmessig å ta en samtale med pasienten før kontrolltiden for å snakke om forventninger og hva de gruver seg til. Det er viktig å påpeke at hensikten ved rutinekontrollene er forebyggende for å kunne behandle bivirkninger/seineffekter for å bedre livskvaliteten, samt oppdage residiv tidlig slik at sjans for å kunne behandles kurativt er større (Salvesen, 2001).

For å opprette motstandsdyktighet er man avhengig av at man har blitt utsatt for stressende situasjoner som man har håndtert (Wilkinson, 1997). Utfordringen ved å få en kreftdiagnose er at dette er en hendelse som man aldri har opplevd tidligere, man har også sjelden opplevd noe så alvorlig som dette, noe som igjen fører til at man må håndtere en situasjon man ikke vet hva man kan forvente av. Kreftsykepleierens rolle i stressmestringen knyttet til dette vil være å veilede pasienten til å mestre de uunngåelige utfordringene de utsettes for i livet etter fullført kurativ kreftbehandling (Sævareid, 2008), med fokus på forebygging og helsefremming. Å få pasienten til å fokusere på positive erfaringer kan være en god metode for å forhindre tilbakevendende stress forårsaket av tidligere ubehagelige hendelser. I denne

formen for veiledning er det viktig å fokusere på det positive, men det er også viktig å ikke bagatellisere vanskelighetene i denne formen for stressmestring (Woemnes og Manger, 2005). Reitan (2010a) viser til at hensikten med god og korrekt informasjon er at usikkerhetene fjernes.

Antonovsky (2012) henviser til at vi er avhengig av et samspill mellom læreprosesser, levekår, stressorer og en «opplevelse av sammenheng» for å oppnå god helse. Ut fra dette mener jeg forebygging av stress relatert til redsel for residiv handler mye om tidlig og nok informasjon og veiledning, slik at kreftpasientene får en bedre innsikt i egen situasjon, noe som igjen bidrar til redusering av bekymringer og unødvendig stress.

4.1.1. Kartlegging av stress gir grunnlag for videre behandling

Hensikten med kartlegging av stress er å finne årsaken til at stress oppstår, samt kunne sette i gang tiltak bestående av bl.a. informasjon, veiledning, støtte og tiltak som f.eks. mindfulness, slik at man forhindrer unødvendig bekymringer og ytterligere helsesvekkelse. Et gjensidig tillitsforhold og trygghet er viktig når man skal kartlegge kreftpasientene angående psykiske problemer som bidrar til endring i pasientens livskvalitet og mestringsevne. Ved gjennomføring av kartleggings- og/eller veiledningssamtaler er det viktig å sette av god tid, samt ta hensyn til pasientens integritet og autonomi. For å få til en god samtale er man avhengig av at pasienten har lyst til å dele sine tanker/følelser og er aktiv deltaker i eget behandlingsforløp (Reitan, 2010c).

I kartleggingen av pasientenes helsetilstand er det nyttig å benytte plagetermometeret som kartleggingsverktøy. Som Snowden et al. (2011) påpeker er plagetermometer et godt validert og anbefalt screeningsverktøy hvor man får spesifisert hvilke problemer og udekkede behov pasienten har. Dersom vi avdekker i denne kartleggingen at pasienten er redd for residiv kan man videre benytte kartleggingsverktøyet som Dahl (2016) henviser til på s.153 i boken «Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver». I dette kartleggingsverktøyet går man nærmere inn på hvor ofte man er bekymret for residiv, graden av bekymring, urolighet, engstelse, hvor lei seg man er i tilknytning til muligheten for residiv, hvor stor risiko man selv tror det er for residiv og tilslutt kan man sammenligne seg med andre kreftpasienter i samme situasjon (Dahl, 2016).

Snowden et al. (2011) henviser til viktigheten av å sette i gang tiltak ut fra resultatene man får ved kartleggingen. De viser til at ubehandlede udekkede behov kan bl.a. gi dårligere fysisk fungering, økte smerter, lengre sykehusopphold, høyere medisinske utgifter, samt en ekstra byrde både for pasienten og helsevesenet generelt. Personlig benytter jeg plagetermometeret ved inntakssamtaler og avreisesamtaler, eventuelt når de kommer tilbake på nytt opphold slik at vi kan se om det er noe forbedring eller om det er noe vi må endre på i forhold til valgte tiltak. Kartleggingsverktøyet til Dahl (2016) benyttes dersom det er bekymring rundt redsel for residiv. Det er både fordeler og ulemper ved å bruke kartleggings skjemaer. Fordelen spesielt ved de overnevnte kartleggingsverktøyene er at de er konkrete og at man fort kan finne fram til årsaken til det forhøyede stressnivået, samt at dette gir et godt grunnlag for veiledningen videre. Disse skjemaene er også enkle å fylle ut. Det negative kan være at man fokuserer for mye på det som ikke fungerer og pasientens udekkede behov, slik at man glemmer det som faktisk fungerer. En annen utfordring spesielt når pasienten fyller ut skjema ved inntak er om de er helt ærlige i utfyllelsen, siden de ikke vet hva de kan forvente av oss og at vi ikke har rukket å opprette et tillitsforhold.

4.2.Mindfulness for å mestres stress

Punkt 2. i hvordan kreftoverleveres helse kan fremmes er innsetting av tiltak knyttet til gjenoppbygging av ferdigheter/rehabilitering ved forventninger om funksjonsendringer som følge av kreftdiagnose og behandling. Dette kan resultere i at endringene går raskere tilbake, enn uten gjenoppbyggingstiltak (Gudbergsson, 2013). Kreftsykepleieren skal ved hjelp av sin kompetanse komme frem til gode rehabiliteringstiltak som kan bidra til at kreftpasientene mestrer seineffektene bedre, samt at de får hjelp til å akseptere sin nye situasjon.

Rehabiliteringstiltakene og veiledningen må være individuelt tilpasset hvor hovedmålet er egenmestring og kreftpasientens prosess styrkes (Kreftforeningen, 2013). Pasientens empowerment kan styrkes gjennom oppmerksomhetstrening i form av selvansvar, realistisk selvtillit og selvinnsikt. I dagens samfunn forventes det at pasientene tar mye ansvar for egen helse (Kroese, 2012). Som Vibe og Karem (2014) skriver kan man ved økt oppmerksomhet oppnå mer tilfredshet og glede i forhold til de små ting og begivenheter i hverdagen, og Woemnes og Manger (2005) påpeker at et godt behandlingsresultat kan være avhengig av stressreduksjon, siden dette bidrar til at pasientens allmenntilstand og prognose bedres. Flere kreftpasienter oppleve posttraumatiske stresslidelser, noe som kan være en forlenget eller forsinket reaksjon etter en traumatisk hendelse, som ved en kreftdiagnose. Ofte har man først

hatt en akutt stressreaksjon som har blitt forlenget, eller det kan oppstå isolert uker til måneder etter hendelsen (Reitan, 2010c). Loizzo et al. (2010) henviser til at etter fullført kreftbehandling var det 30% av kvinnene i deres studie som opplevde posttraumatiske stress symptomer.

En forebyggingsmetode som Loizzo et al. (2010) viser til er et 20-ukers selvhelbredelseskurs bestående av metoder som bl.a. mindfulness, bruk av pusten og sosial- og emosjonell egenomsorg. De viser til at stressrelaterte symptomer som følge av kreftsykdom er bl.a. intens redsel og påtrengende vanskelige tanker etter fullført behandling. Ved gjennomføring av disse 20ukene så de forbedring hos pasientene både følelsesmessig, funksjonelt, sosialt, emosjonelt og mentalt, samt redusert hvilepuls og forbedring i kortisol nivået. Summen av dette ga kreftpasientene økt livskvalitet (Loizzo et al., 2010). Olsen et al. (2015) viser til at oppmerksomhetstrening har dokumentert effekt på selvregulering av livskvalitet og helse, mens Salhofer et al. (2016) konkluderer i sin review at det ikke finnes nok dokumentasjon på om meditasjon har effekt på fysiske og psykologiske symptomer. Personlig anser jeg at dette kan ha en sammenheng med individualitet i forhold til hva pasienten selv tror på og føler nyttig. Salhofer et al. (2016) definerer heller ikke typen meditasjon.

Kabat-Zinn (2012) viser til at man må være innstilt og åpen for å prøve mindfulness og han utfordrer oss til å eksperimentere med å sette eller legge oss ned og åpne opp for den indre stillheten uten å ha noe annet som skjer rundt oss, og man fokuserer videre på pusten. Pusten er noe man tar som en selvfølge, helt til man blir bevisst på den. Hvordan man utvikler mindfulness er individuelt siden den positive effekten er forskjellig. Han beskriver videre viktigheten av å ta vare på øyeblikket her og nå. I praksis hører vi ofte pasientene si; «Jeg må ta en dag av gangen, og prøve å gjøre det beste ut av det for man vet ikke hva morgendagen bringer». Ut fra denne setningen kan man tolke at pasienten vet hvor fort ting kan forandre seg som følge av smertefulle erfaringer i fortiden, samtidig som de påpeker viktigheten av å leve «her og nå». Dermed tolker jeg dette som mindfulness, men at pasientens tanker er både bevisst og ubevisst i forhold til denne metoden.

Som nevnt i teorien henviser Kroese (2012) til to spesifiserte metoder for oppmerksomhetstrening; 1.pusteankeret og 2.SOAL(stopp-opp-observer-aksept).

Pusteankeret kan brukes som avspenning og oppmerksomhetstrening uavhengig av hvor man er og når på døgnet det er, dermed er dette en metode som kan brukes både når man sitter på

et venterom, eller man bare sitter hjemme i egen stue. Man legger alle tanker bort og kun fokuserer på hvordan man puster inn og ut, og man blir bevist på hvordan respirasjonen er. Ved stress som oppstår akutt kan respirasjonen, pulsen og blodtrykket øke, men ved å være bevist på at man puster riktig får man roet seg ned. Mens SOAL-metoden krever noe mer av oss siden vi må stoppe opp, observere, for tilslutt akseptere at situasjonen er som den er. Kroese (2012) relaterer dette til pusten, men jeg mener dette også er overførbart til hvordan vi håndterer det som skjer rundt oss ellers i dagliglivet i form av at vi tenker igjennom situasjonen før vi handler. Som kreftsykepleier kan man veilede pasientene til å bruke SOAL ved at de Stopper opp og tar en «time-out» ved å følge pusten inn og ut, Observerer det som er rundt dem ved å bruke sansene, Aksepterer fakta i forhold til slik situasjonen er nå, La tankene om situasjonen/følelsene gå. Dette kan bidra til at de ikke henger seg opp i de vanskelige situasjonene de kommer opp i og ikke kommer seg videre.

Ved oppmerksomhetstrening åpner man opp for sansene, kroppens førlighet og bevegelse, sinnets bevegelse på godt og vondt knyttet til glede og sorg. Når man gjør slike øvelser er det viktig å være tilstede «her og nå», og ikke dvele ved fortid eller fremtid (Vibe og Karem, 2014). En forutsetning for å oppnå en god prosess er pasientens egne ressurser og ønske om å gjøre en endring. Man ser til stadighet at pasienter sier de ønsker å f.eks. gå ned i vekt, men til tross for dette spiser usunn mat. Det samme kan relateres til det å ønske å bruke mindfulness for å redusere stressnivå. For som Kabat-Zinn (2011) skriver er man avhengig av disiplin og egeninnsats for å kunne oppnå god effekt av mindfulness, og Olsen et al. (2015) viser til at mange opplever mindfulness som helsefremmende. I praksis ser vi de som bruker mindfulness med god effekt, men også de som sitter inne med all kunnskapen relatert til det, samt et sterkt ønske om å få det til, men likevel ikke klarer å være oppmerksomt tilstede i nuet. I de sist nevnte tilfellene ser jeg ofte sammenhenger med at de bebreider seg selv, spesielt hvis de har fått en kreftdiagnose som er sterkt relatert til livsstil, eller de som har gått lenge med symptomer og enten ikke oppsøkt lege eller har oppsøkt lege men ikke blitt tatt på alvor. Dette er pasienter som preges veldig av fortiden og klarer ikke å legge denne bak seg. Men man har også de som fokuserer alt for mye på hva som kan skje i fremtiden, som f.eks. muligheten for residiv. Tilslutt har vi de som ikke har troen på denne metoden og må finne andre mestringsstrategier for å oppnå stressreduksjon. Mindfulness er en metode som er relativt ny i Vesten, men har blitt brukt innen helseforebygging og sykdomsbehandling i mange år i andre deler av verden. Dermed må man trå varsomt fram når denne metoden presenteres for pasientene, samt begrunne hensikten og hvilken helsegevinst dette kan ha på

sikt med tanke på bl.a. stressreduksjon. Dette forutsetter kompetanse om denne problemstillingen/tiltaket hos kreftsykepleieren. Det er viktig å fortelle hvor enkel denne metoden kan være. Et eksempel jeg ofte bruker er at pasientene skal bruke sanseapparatet når de er ute i naturen. Fokuserer på lukter, lyder og hva de ser når de er ute å går. På denne måten kan de koble av og tenke minskes på f.eks. smerter o.l., dette bidrar til at fokuset er «her og nå».

Kreftsykepleierens helsefremmende og rehabiliterende rolle baseres mye på god samhandling med pasienten via informasjon og veiledning. Som sykepleierne i Sandvik (2011) sin studie påpeker erfarte de at bruk av mindfulness og det å være tilstede «her og nå» bidro til at de fikk bedre kontakt med seg selv, noe som igjen bidro til at kommunikasjonen med pasientene ble basert på ytterligere trygghet og ektehet, samtidig som det oppmerksomme nærværet i samtalen bidro til en bedre rytme, økt evne til å lese pasienten og at oppmerksomheten ble rettet på pasienten samtidig som man var bevisst på hvordan man selv reagerte. Å bruk mindfulness i kommunikasjonen bidro til en bedre kvalitet på arbeidet innen sykepleien både relasjonelt og klinisk. Det å være tilstede i samtalen når man skal veilede og støtte pasientene er sentralt, både for å oppfatte det pasienten uttrykker med ord, men også ut fra kroppsholdning, samt at pasienten må føle at man er der for dem. Når man veileder pasienten må man finne ut av hva som gir mening for pasienten og ut fra dette gi støtte slik at de oppnår endring og mestring (Sandvik, 2011).

4.3. Støtte for å akseptere endret funksjon

Kreftoverlevende kan stå overfor funksjonsendringer som medfører vansker med å akseptere sin endrede situasjon. Dermed kan det være viktig med støtte i form av råd og veiledning, slik at de kan mestre og akseptere den nye situasjonen, samt fokuserer på muligheter istedenfor begrensninger (Gudbergsson, 2013). Kreftpasientene trenger støtte for å styrke og benytte sine egne ressurser, samt for å oppleve kontroll over eget liv og helse (Mittelmark et al., 2012). Det å få beskjed om at man har en kreftsykdom bidrar til store påkjenninger og når behandlingen er fullført og man er erklært frisk kan man fortsatt være preget av mye usikkerhet og angst knyttet til bivirkninger/seineffekter og redselen for residiv (Kreftforeningen, 2013).

For å takle stressende situasjoner utvikles personlige strategier gjennom hele livet (Wilkinson, 1997). Motivasjonen vår blir påvirket av opplevelsen av stress, spesielt ved utfordringer vi ønsker å mestre. Hvordan man evner å mestre forskjellige tilstander, avhenger av hvordan man oppfatter de ulike stressorene (Woemnes og Manger, 2005). En av de beste mestringsstrategier som kreftpasienter rangerer er egen kontroll og håp (Reitan, 2010c). Når man får en kreftdiagnose overlater man veldig mye av kontrollen til oppfølgende helsepersonell. Å gi fra seg kontrollen på denne måten kan være svært utfordrende og stressende. Det er også forskjell på menn og kvinner i forhold til hvordan man reagerer på stress. Kvinner opplever oftere stress og andre plagsomme symptomer enn menn (Kristoffersen, 2011a). Dette er også noe man ser i praksis, men dette kan ha en sammenheng med at kvinner lettere gir uttrykk for hva de føler og tenker enn menn.

Mehnert et al. (2013) viser til at redsel for residiv er et av de hyppigste psykologiske symptomene hos kreftpasienter, noe Simard et al. (2013) også bekrefter, samt at behovet hos kreftoverlevende er udekket med tanke på informasjon og støtte. Mehnert et al. (2013) viser til at 11 måneder etter at pasienten ble diagnostisert med kreft opplevde 18% å ha høy redsel for residiv, mens 67% moderat redsel. Det som er tankevekkende er at 1 år etter var fortsatt prosentene nesten identiske. Dette er igjen noe som påpeker viktigheten av å bli ivaretatt også etter at man har fullført kurativ behandling enten ved oppfølging av en rehabiliteringsinstitusjon, poliklinisk og/eller av kreftsykepleieren/koordinatoren i kommunen. Som deltagerne i Allen et al. (2009) påpekte følte de at de mistet «sikkerhetsnettet» når de gikk fra å være pasient til å bli kreftoverlevende. Men ved at man er til jevnlig kontroll, opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner eller har god kontakt med kreftsykepleieren i kommunen har man fortsatt helsevesen rundt seg, noe som kan gi trygghet og opplevelsen av støtte.

Ofta hører man pasientene si; «Etter at jeg fikk kreftdiagnosen fikk jeg et helt nytt perspektiv på livet, jeg har blitt flinkere til å fokusere på det som gjør meg lykkelig». Som Vibe og Karem (2014) skriver blir man som følge av den krisen sykdommen medfører mer oppmerksom på det som er viktig i livet som f.eks. nær familie og venner, men som de sier er pusten og selve livet her og nå også svært viktig. De anbefaler at man skal gi slipp på fortiden og fremtiden, og prøve å være tilstede akkurat nå. Dette er noe jeg ser er utfordrende i praksis da mange sliter med bivirkninger/seinfølger etter kreftsykdommen og behandlingen, samt at deres nåværende helsetilstand er avhengig av rehabilitering som følge av det som har skjedd i

fortiden. Samt at risikoen for residiv er tilstede i fremtiden, spesielt de første årene etter fullført behandling. Rutinekontroller etter kreftbehandling er også en stadig påminnelse om hva som har skjedd i fortid, men som Salvesen (2001) påpeker er disse kontrollene viktig i forhold til den psykologiske støttet slik at pasientene føler seg ivaretatt. En annen fordel ved jevnlig kontroll er at det kan fanges opp om pasienten har behov for rehabilitering og støtte for å takle sykdommens og behandlingens bivirkninger/seineffekter bedre (Salvesen, 2001).

For å oppnå en god rehabiliteringsprosess og muligheten for å komme tilbake til en «normal» hverdag, er man avhengig av at pasienten setter seg nye mål, samt erkjenner egne muligheter og begrensninger (Gudbergsson, 2013). Ved god informasjon, kartlegging og støtte kan vi senke pasientenes forventninger til den nye livssituasjonen ut fra dens behov. Man opplever ofte at mange forventer at de er «klar for kamp» igjen med engang de er ferdigbehandlet, men går på en «smell» siden de ikke har omfattet informasjon om hvilke bivirkninger og seineffekter kreftbehandlingen kan føre med seg. Når man har fått en alvorlig diagnose og blitt behandlet for dette opplever mange pasienter manglende kontroll, som bidrar til redsel og usikkerheter, som igjen gir økt stress (Kroese, 2003). Dermed må man sammen med kreftpasienten finne mål som er realistiske for at pasienten oppnår et liv de er fornøyde og tilfredse med (Dahl et al., 2014). Pasienten må sette seg mål på kort og lang sikt, og kreftsykepleieren må presentere tiltakene slik at de oppfattes helsefremmende, og på sikt vil hjelpe pasienten til å oppnå helsegevinst. Kreftsykepleieren må i hele prosessen støtte pasienten til å oppnå mestring og fokusere på det positive.

En forutsetning for at kreftsykepleieren skal kunne gi god veiledning og støtte er at man er engasjert og at kreftpasientene er førsteprioritet. Når kreftsykepleieren skal gi støtte slik at pasientene skal erkjenne egen situasjon kan det være hensiktsmessig å benytte NURSE-modellen. Man kommenterer f.eks.; «Du virker engstelig...»(N), «Jeg forstår at du synes det er tøft...»(U), «Jeg beundrer hvordan du har håndtert situasjonen...»(R), «Du kan alltid ta kontakt med meg(kreftsykepleier)...»(S) og tilslutt «Fortell meg mer om...»(E), (Dahl, 2016). Ved bruk av denne modellen kan man vise empatiske ytringer når pasientene viser følelser, samt komme til «bunns» i forhold til hovedproblemet, samtidig som man bekrefter at man følger med og observerer pasienten. Det å sette ord på følelser og tanker i forhold til det man har vært igjennom, er en viktig del av erkjennelsesprosessen (Gudbergsson, 2013). For å øke pasientens mestringsevne trengs det en god læringsprosess som innebærer at situasjonen blir håndterlig, begripelig og meningsfull (Antonovsky, 2012). Å erkjenne egen situasjon henger

sammen med disse faktorene, samt har en sammenheng med pasientens stressnivå. Dersom man erkjenner sin egen situasjon, kan dette bidra til opprettholdelse av helse i situasjoner hvor man eventuelt ville forventet sykdom (Wilkinson, 1997). I praksis ser man at erkjennelsesprosessen avhenger av selaksept, selvinnsikt, tillit og takknemmelighet, samt at man er bevist på egne valg og har evnen til å ta styring i eget liv. Utfordringen er når negative tanker tar overhånd og det er vanskelig å gi slipp, samt tenke løsningsorientert. Da er kreftsykepleierens støtte avgjørende for å få pasienten tilbake på rett vei.

Pasienter har nytte av å høre om andres opplevelser og at de ikke er alene om problemene (Kreftforeningen, 2013), og Thorsen et al. (2011) viser til at dette er et rapportert behov. Kreftforeningen (2013) viser til en rapport hvor det kommer fram at likepersonstøtte var et udekket behov hos flere. I studien til Allen et al. (2009) opplevde flere av brystkreftkvinnene at kontakten og støtten fra andre brystkreftpasienter var svært nyttig i tillegg til oppfølgingen fra helsepersonell. Møte med likesinnede bidro til økt trygghet i forhold til egen helsetilstand. Ut fra egne erfaringer seg jeg at veldig mange har nytte av å møte andre kreftpasienter, også uavhengig av om de har samme diagnose og prognose. Behandlingen kan også være forskjellige, men de fysiske og psykiske utfordringene som følge av kreftdiagnosen/behandlingen er gjerne svært like. Mange får aha-opplevelser med at det faktisk ikke bare er dem som har det på det viset. I Kreftforeningens studie (2013) var det 63% som rapporterte det som et behov i form av psykososial støtte å kunne snakke med en likeperson, mens 21% av kreftpasientene savnet tilbudet om å en slik samtale. Behovet for å snakke med likepersoner viser seg i Kreftforeningens studie (2013) at er uavhengig av alder. Sykdomsopplevelser bestående av gjensidighet og samhold med andre i samme situasjon, kommer godt fram i gruppefelleskap (Sekse et al., 2014). I praksis ser jeg ofte at pasientene sammenligner seg med hverandre, noe som kan være både positivt og negativt. Positivt i form av at de kanskje «pusher» seg litt ekstra for å oppnå det samme, negativt relatert til at de ikke tenker like mye på egen helse og at man må jobbe individuelt i rehabiliteringsprosessen.

Fosså et al. (2008) henviser til en undersøkelse fra Haugland-senteret som viser at brystkreftpasienter får bedre livskvalitet, psykisk helse og kondisjon etter gjennomføring av et tre ukers rehabiliteringsprogram, hvor også effekten av oppholdet er god rett etter kurset og i tre måneder senere. Ellers er det lite dokumentasjon relatert til effekten av helsefremming/forebygging i form av informasjon, støtte og veiledning i kreftrehabiliteringen i et langtidsperspektiv. Dette er noe som underbygges i både retningslinjer fra

Helsedirektoratet, samt i flere av valgte artikler. Men det som er sikkert er at redsel for residiv er et problem hos mange kreftoverlevende og at ubehandlet stress over lengre tid kan gi ytterligere helsesvekkelse ved f.eks. hjerte og karsykdommer, utbrenthet, muskel- og skjelettproblematikk osv. (Kristoffersen, 2011a). Noe som igjen påpeker viktigheten av kreftsykepleierens funksjoner.

5. Konklusjon

Et kjent ordtak er; «*Det kommer ikke an på hvordan man har det, men hvordan man tar det!*». Vi kjenner oss alle igjen i at mye av energien vår ofte går til bekymringer rundt hva som skjer i fremtiden og om alt kommer til å ordne seg tilslutt når man står i vanskelige situasjoner. Livet bringer med seg utfordringer av både positiv og negativ karakter, så det å kunne leve i «nuet» når man nylig har gjennomgått en kreftsykdom er utfordrende.

Hensikten med denne litteraturstudien var å se nærmere på hvordan man som kreftsykepleier kan bidra til helsefremming hos kreftoverlevende i rehabiliteringsfasen, hvor pasientene sliter med redsel for residiv og påfølgende stress. Gjennom et systematisk litteratursøk ble det gjort funn som har vist at mange kreftoverlevende sliter med redsel for residiv i varierende grad og påfølgende stress. Kreftsykepleierens tilstedeværelse og kompetanse er sentral når kreftoverleverene har behov for gjentatt informasjon, veiledning og støtte for å oppleve meningshelhet, begripelighet og håndterbarhet i forhold til egen livssituasjon. Ved bruk av stressmestringsmetodene mindfulness, pusteankeret og SOAL-metoden lærer pasientene å være tilstede «her og nå», puste riktig, samt stoppe opp, observere og akseptere den situasjonen de er i. Det er lite man får gjort med fortiden, men man kan bedre fremtiden i form av at man aksepterer endret situasjon og ser framover. Noe som er utfordrende som følge av stadig påminnelser i form av bivirkninger, seineffekter og rutinekontroller.

Konklusjonen blir dermed at til tross for lite forskning på kreftoverleveres utbytte av kreftrehabilitering, har det i denne litteraturstudien vist seg at kreftsykepleierens helsefremmende og forebyggende rolle fortsatt er sentral etter fullført kurativ behandling, spesielt med fokus på de første årene hvor sykdommen fortsatt preger livssituasjonen og livskvalitet, og redselen for residiv er størst.

Etterord:

SE – LYTT – LUKT – PUST – FØL – VÆR – TILSTEDE – NÅ!

(Vibe og Karem, 2014).

Referanseliste

*Allen, J. D., Savadatti, S. & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer «patient» -to «survivor». *Psycho-Oncology* 18: 71-78. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1380>

Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende arbeid: i teori og praksis* (3. utg., s. 79-98). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Dahl, A. A. (2013). Psykiske symptomer og lidelser. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 127-150). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdommer. Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

*Dahl, B., Romsland, G. I. & Slettebø, Å. (2014). Håp er drivkraften. *Sykepleien* 102 (9): 52-55. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0104>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Egeland, R. T. (2010). *Mindfulness i hverdagen. Å leve livet nå*. Oslo: Pantagruel Forlag.

*Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, FOR-2011-12-16-1256. § 3.

*Forskrift til rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie, FOR-2005-12-01-1387. § 1.

*Fosså, S. D. (2007). Livet etter kreftbehandling. I K. O. Åmås (Red.), *Livet med kreft* (1. utg. s. 146-159). Oslo: H. Aschehoug & co.

*Fosså, S. D., Dahl, A. A., Smeland, S., Thoresen, L. & Loge, J. H. (2008). Rehabilitering etter kreft. *Tidsskrift for den norske legeforening* 128:2615-6. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1770321>

*Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Nr. 2, 5 årgang. (s. 18-29). <http://dx.doi.org/10.7557/14.237>

*Gran, S. (2011). Oppmerksomhetstrening som stressmestring. I S. Gran, K. A. Lie & A. Kroese (Red.), *Oppmerksomhetstrening. En historisk, psykologisk og praktisk innføring i Mindfulness* (1 utg., s. 80-98). Gyldendal Norsk forlag AS.

Gudbergsson, S. B. (2010). Rehabilitering av pasienter med kreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 317-329). Oslo: Akribe forlag.

Gudbergsson, S. B. (2013). Kreftoverlevende og rehabilitering. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 218-226). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Helse- og Omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

*Helsedirektoratet. (2015). *Pakkeforløp for kreft – Generell informasjon for alle pakkeforløp for kreft*. Oslo: Helsedirektoratet.

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2014).

*Hynne, A. B. & Kvangarsnes, M. (2012). Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta-
ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle. *Vård i Norden*, 103 vol 32, 27-31. Lokalisert
på

<http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/1010396518?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=42560>

*Kabat-Zinn, J. (2011). *Akkurat nå. Bevist tilstedeværelse i hverdagen*. Oslo: Arneberg
Forlag.

*Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for nybegynnere. Ta livet og øyeblikket tilbake*. Oslo:
Arneberg Forlag.

Kiserud, C. E., Fosså, S. D., Dahl, A. A. & Loge J. H. (2012). Seneffekter etter
kreftbehandling. I R. Kåresen & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer: en basisbok for
helsepersonell* (4. utg., s. 130-144). Oslo: Gyldendal Akademiske AS.

*Kreftforeningen. (2012). *Rehabilitering av kreftpasienter*. Oslo: Kreftforeningen.

*Kreftforeningen. (2013). *Rehabilitering og mestring blant krefttrammede*. Oslo:
Kreftforeningen.

*Kreftregisteret. (s.a.). *Fakta om kreft*. Lokalisert 12. januar 2016, på
<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

*Kristoffersen, N. J. (2011a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A.
Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (2 utg., s. 133-196). Oslo: Gyldendal Norsk
forlag AS.

* Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F.
Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2 utg., s. 281-342). Oslo:
Gyldendal Norsk forlag AS.

*Kroese, A. J. (2012). *Oppnå mer med mindre stress. En håndbok i oppmerksomhetstrening (OT)*. Oslo: Hegnar Media as.

*Kroese, A. J. (2003). *Stress. Meditasjon, yoga og avspenningsteknikker*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

*Kunnskapsbasert praksis. (2012a). *Kildevalg*. Lokalisert 14. mars 2016, på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/kildevalg/>

*Kunnskapsbasert praksis. (2012b). *Kvalitativ metode*. Lokalisert 30. mars 2016, på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode/>

*Kunnskapsbasert praksis. (2012c). *Tverrsnittstudier*. Lokalisert 30. mars 2016, på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie/>

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende arbeid: i teori og praksis* (3. utg., s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende arbeid: i teori og praksis* (3 utg., s. 45-56). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., Vahdat, L. T. & Caputo, T. A. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. *Alternative Therapies in health and Medicine*, VOL. 16, No. 3, 30-37. Lokalisert på <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/340378963?accountid=42560>

*Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C. & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. *Acta Oncologica*, 52: 1102-1109. <http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2013.765063>

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven A. & Tones, K. (2012).

Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende arbeid: i teori og praksis* (3 utg., s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Myhre, L. (2012). *Rehabiliteringstilbud til pasienter med kreft. Kartlegging og anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet.

Møller, B. & Langmark, F. (2013). Kreftoverlevende i tall. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 17-26). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Nilsen, J. V. (s.a.) *Rehabilitering*. Kreftforeningen. Lokalisert 16. mai 2016 på <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/rehabilitering/>

*Nilsson, Å. (2010). *Mindfulness. Treningsredskap for hjernen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset AS.

*Nylenna, M. (2004). *Medisinsk ordbok* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Olsen, K., Berg, M., Solberg, N. & Scheide, M. (2015). Mindre stress med mindfulness. *Sykepleien*, 103 (8):60-63. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54966>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3. (2015).

*Reinart, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien forskning* 2010 5 (3): 238-246. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>

Reitan, A. M. (2010a). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 102-120). Oslo: Akribe forlag.

Reitan, A. M. (2010b). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 21-34). Oslo: Akribe forlag.

Reitan, A. M. (2010c). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 72-101). Oslo: Akribe forlag.

Rene, B. & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende arbeid: i teori og praksis* (3 utg., s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Salhofer, I., Will, A., Monsef, I. & Skoetz, N. (2016). Meditation for adults with haematological malignancies. *The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Son. S. 1-31*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011157.pub2>

*Salvesen, H. B. (2001). Rutinekontroller etter gynekologisk cancerbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforsening, 2001; 121: 1253-5*. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/311477>

*Sandvik, B. A. (2011). Mindfulness – det oppmerksomme nærvær. *Sykepleien Forskning nr. 3, 2011; 6: 274-281*. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0169>

Schjølberg, T. Kr. (2010). Forebygging av kreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 35-47). Oslo: Akribe forlag.

*Sekse, R. J. T., Buestad, I. & Vika, M. E. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen? *Vård i Norden 4/2014*. Publ. No. 114. Vol. 34. PP 10-14. Lokalisert på <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/1645364489?accountid=42560>

*Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a Changed female body after gynecological cancer. *Health care of women international*, 34:14-33.

<http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2011.645965>

*Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer surviv* (2013) 7: 300-322. <http://dx.doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>

*Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Snowden, A., White, C. A., Christie, Z., Murray, E., McGowan, C. & Scott, R. (2011). The clinical utility of the Distress Thermometer: a review. *British Journal of Nursing*, 2011, Vol 20, No 4. Lokalisert på

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail/detail?sid=e5d07206-f46b-4e57-97fc-f0ac8e37e286%40sessionmgr120&vid=0&hid=128&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104864797&db=c8h>

Sykepleieforbundet, N. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Sørbye, L. W. (2010). Etiske problemstillinger. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 282-303). Oslo: Akribe forlag.

Sævareid, H. I. (2008). Om «menneskearbeid» og «ekspertarbeid» i veiledning. I S. B. Eide, H. H. Grelland, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland (Red.), *Til den andres beste. En bok om veiledningens etikk* (1. utg., s. 41-58). Oslo: Gyldendal Akademiske AS.

*Thorsen, L., Gjerset, G. M., Loge, J. H., Kiserud, C. E., Skovlund, E., Fløtten, T. & Fosså, S. D. (2011). Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncologica*, 2011; 50: 212-222. <http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2010.531050>

*Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende arbeid: i teori og praksis* (3. utg., s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2013). *Veiledning: mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Vibe, M. d. & Karem, R. (2014). *Nå – tilstedeværelse i hverdagen* (2. utg.). RK Grafisk AS.

*Wilkinson, S. R. (1997). Mestring, sykdom og utvikling. *Sykepleien* 1997 85 (11): 50-53.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.1997.0001>

*Wormnes B. og Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg 1: Søkestrategi

1. PICO-skjema

Problemstilling:	<i>«Hvordan kan kreftsykepleier bidra til helsefremming hos kreftoverlever i den rehabiliterende fasen i form av stressmestring når pasienten sliter med stress relatert til redsel for residiv?»</i>
P: Pasient/problem	<i>(Hvilken type pasient eller pasientgruppe gjelder spørsmålet?)</i> <ul style="list-style-type: none">- Kreftoverlever, kreft pasient, pasient- Kreft, redsel for residiv, stress
I: Intervention	<i>(Hvilke tiltak ønsker vi vurdert? Hva er det pasienten blir "utsatt for" i sykepleiepraksisen?)</i> <ul style="list-style-type: none">- Kreftsykepleierens forebyggende og rehabiliterende rolle i forhold til informasjon, veiledning og støtte.- Øke pasientens stressmestring ved bruk av oppmerksomhetstrening/mindfulness.- Benyttelse av plagetermometeret til kartlegging, samt Dahl (2016) kartlegging ift redsel for residiv.
C: Comparison	<i>(Skal noe sammenlignes med noe annet?)</i>
O: Outcome	<i>(Hvilket utfall er interessant? Hvilken effekt ønskes vurdert?)</i> <ul style="list-style-type: none">- Effekten av en god rehabiliteringsprosess- Effekten av informasjon og veiledning i forhold til stress knyttet til pasientens mestring av redselen for residiv.- Oppnå helsefremming og en god livskvalitet.

(Nortvedt et al., 2012).

2. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier
Kreftpasienter/kreftoverlevende.
Ferdig behandlet for kreftsykdom med kurativ hensikt.
Kreftsykepleie med helsefremmende/rehabiliterende funksjon.
Studier gjennomført på pasienter i de første 5 årene etter avsluttet kurativ behandling.
Under jevnlig oppfølging fra helsevesenet (kreftsykepleier, onkolog, fastlege, personalet ved rehabiliteringssenter).
Opplevelse av redsel for residiv.
Stress knyttet til kreftsykdom.
Stressmestring/oppmerksomhetstrening/mindfulness som et helsefremmende tiltak.
Pasienter og/eller kreftsykepleieres syn på stressmestring.
Kreftdiagnose kan variere.
Hvis mulig, finne alderstilpasset forskning.
Helsepersonell/forskere innen helse som har skrevet valgt materiale
Ønsket utfall er økt livskvalitet.
Nyere utgaver enn år 2000.
Vestlige studier som er fagfellevurdert.
Norsk, svensk, dansk eller engelsk språklig.
Oversiktsartikler/reviwer, kvalitative og kvantitative studier, enkeltstudier.

Eksklusjonskriterier
Palliativ/terminal fase.
Stress som følge av andre diagnoser.
Stressmestring/mindfulness som hovedbehandling ved kreftsykdom pga avsluttet palliativ behandling.
Andre diagnoser/helseplager.
Skoleoppgaver (master-, bachelor- eller andre hovedoppgaver).
Kilder eldre enn år 2000.

3. Eksempel på systematisk søk i database

Et eksempel på hvordan jeg gikk fram i cinhal, samt hvilken kombinasjon som tilslutt ga ønsket resultat. Denne typen fremgangsmåte har blitt benyttet i andre databaser også.

P:	Cancer survivors OR cancer patients OR patients OR cancer OR fear of cancer recurrences OR Stress/distress	
AND		
I:	Mindfulness OR coping OR stresscoping OR cancer nursing OR patients relations OR distress thermometer	
AND		
C:	Rehabilitation OR health promotion OR oncologic nursing OR mindfulness-based stress reduction OR rehabilitation service	
AND		
O:	Health promotion OR stressreduction OR Rehabilitation OR quality of life.	
Resultat:	Første søk;	Søkeord: cancer survivors and stress and mindfulness and rehabilitation. Antall treff: 2 (fulltekst) Antall valgte: 1 Tittel: Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., Vahdat, L. T. & Caputo, T. A. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. <i>Alternative Therapies in health and Medicine, VOL. 16, No. 3, 30-37.</i>
	Andre søk:	Søkeord: cancer survivors and stress and fear of cancer recurrence and rehabilitation Antall treff: 2 (fulltekst) Antall valgte: 1 Tittel på valgt: Allen, J. D., Savadatti, S. & Lev: y, a. G. (2009). The transition from breast cancer «patient» -to «survivor». <i>Psycho-Oncology 18: 71-78.</i>
	Tredje søk:	Søkeord: cancer survivors AND health promotion AND cancer nursing AND stress OR fear of cancer recurrence AND rehabilitation. Antall treff: 10 Antall leste: 2 Antall valgte: 1 Tittel: Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C. & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. <i>Acta Oncologica, 52: 1102-1109.</i>

4. Resultater ved søk i de forskjellige databasene

Dato for søk	Database	Søkeord	Type søk (fulltekst, sammendrag, nøkkelord, MESH-term).	Antall treff / Antall valgte	Valgte artikler
12.12.2015	Oria	Kreftsykepleier, kommune, funksjon		2 / 1	Hynne, A.B. & Kvangarsnes, M.(2012). Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta- ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle. <i>Vård i Norden</i> , 103 vol 32, no 1. s. 27-31.
01.01.2016	Ovid Medline	adult cancer AND survivors AND recurrence	Review	34 / 1	Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. <i>J Cancer surviv (2013) 7: 300-322.</i>
01.01.2016	Ovid Medline	gynecological cancer AND survivors AND quality of life		33 / 1	Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a Changed female body after gynecological cancer. <i>Health care of women international</i> , 34:14-33.
04.04.2016	Oria	Kreft, underlivskreft, veiledning og rehabilitering		1 / 1	Sekse, R. J. T., Buestad, I. & Vika, M. E. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen? <i>Vård i Norden 4/2014</i> . Publ. No. 114. Vol. 34. PP 10-14.
08.01.2016	Idunn	Helsefremmende sykepleierfunksjon		1 / 1	Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 26. årgang, nr. 2.
08.01.2016	SveMed+	Helsefremming i		2	Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009).

		sykepleie		/	Forståelse av helsefremming i sykepleie. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Nr. 2, 5 årgang. (s. 18-29).</i>
11.01.2016	SveMed+	Rutinekontroller gynekologisk cancer		1 / 1	Salvesen, H. B. (2001). Rutinekontroller etter gynekologisk cancerbehandling. <i>Tidsskrift for Den norske legeforening, 2001; 121: 1253-5.</i>
31.01.2016	Ovid Medline	Rehabilitation service AND cancer and patients		22 / 1	Thorsen, L., Gjerset, G. M., Loge, J. H., Kiserud, C. E., Skovlund, E., Fløtten, T. & Fosså, S. D. (2011). Cancer patients' needs for rehabilitation services. <i>Acta Oncologica, 2011; 50: 212-222.</i>
01.02.2016	Oria	Cancer AND stress AND distress thermometer AND screening tool AND review	Reviw	44 / 1	Snowden, A., White, C. A., Christie, Z., Murray, E., McGowan, C. & Scott, R. (2011). The clinical utility of the Distress Thermometer: a review. <i>British Journal of Nursing, 2011, Vol 20, No 4.</i>
27.04.2016	Cinhal/EBSCOhost	Cancer survivors AND stress AND mindfulness AND rehabilitation	Fulltekst cinhal	2 / 1	Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., Vahdat, L. T. & Caputo, T. A. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. <i>Alternative Therapies in health and Medicine, VOL. 16, No. 3, 30-37.</i>
27.04.2016	Cinhal/EBSCOhost	Cancer survivors and stress AND fear of cancer recurrence AND rehabilitation	Fulltekst cinhal	2 / 1	Allen, J. D., Savadatti, S. & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer «patient» -to «survivor». <i>Psycho-Oncology 18: 71-78.</i>
27.04.2016	Cinhal/EBSCOhost	cancer survivors AND health	Fulltekst cinhal	10 /	Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C. & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of

		promotion AND cancer nursing AND stress OR fear of cancer recurrence AND rehabilitation		1	recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. <i>Acta Oncologica</i> , 52: 1102-1109.
13.05.2016	Cochrane Library	Mindfulness	Review	10 / 1	Salhofer, I., Will, A., Monsef, I. & Skoetz, N. (2016). Meditation for adults with haematological malignancies. <i>The Cochrane Collaboration</i> . Published by John Wiley & Son.

Søkeskjema for litteratur i tidsskriftet

Dato for søk	Tidsskrift	Søkeord	Antall valgte
20.12.2015	Den norske legeforening	Rehabilitering	Fosså, S. D., Dahl, A. A., Smeland, S., Thoresen, L. & Loge, J. H. (2008). Rehabilitering etter kreft. <i>Tidsskrift for den norske legeforening</i> 128:2615-6.
11.01.2016	Sykepleien	Mestring	Wilkinson, S. R. (1997). Mestring, sykdom og utvikling. <i>Sykepleien</i> 1997 85 (11): 50-53. Dahl, B., Romsland, G. I. & Slettebø, Å. (2014). Håp er drivkraften. <i>Sykepleien</i> 102 (9): 52-55.
02.02.2016	Sykepleien	Mindfulness	Sandvik, B. A. (2011). Mindfulness – det oppmerksomme nærvær. <i>Sykepleien Forskning</i> nr. 3, 2011; 6: 274-281. Olsen, K., Berg, M., Solberg, N. & Scheide, M. (2015). Mindre stress med mindfulness. <i>Sykepleien</i> , 103 (8):60-63.
05.05.2016	Sykepleien forskning	Systematisk oversikt	Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? <i>Sykepleien forskning</i> 2010 5 (3): 238-246.

Vedlegg 2: Valgte artikler

1. Vurdering av valgte artikler

Forfatter, år, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere	Hovedfunn	Kvalitet
Allen, J. D., Savadatti, S. & Levy, A. G. (2009). Psycho-Oncology, 18: 71-78.	<i>“The transition from breast cancer «patient» -to «survivor»”.</i>	Sette fokuset på den første perioden rett etter fullført behandling med fokus på brystkreft kvinners redsel for residiv, bekymring relatert til mindre medisinsk overvåkning, samt redusert sosial støtte fra medpasienter og helsepersonell. Legge fokuset på mestringsstrategier når man går fra å være pasient til å bli kreftoverlever.	Fokusgruppe-intervjuer.	155 kvinner deltok. Kvinner som hadde fullført adjuvant cytostatika eller strålebehandling i løpet av de siste 12 mnd.	Ved diagnostisering av brystkreft i tidlig stadium vil 91% leve i mer enn fem år. Når man er under diagnostisering og behandling blir man tett fulgt opp, men når man er ferdig behandlet opplever mange pasienter at de blir stresset som følge at de nå ikke lenger er under kontinuerlig overvåkning av helsepersonell, men mange nevner også tapet av å ikke møte medpasienter. Redselen for residiv forårsaker betydelig ubehag og reduserer livskvaliteten. Ofte ble frykten for residiv utløst av fysiske symptomer av ukjent årsak.	God.
Dahl, B., Romsland, G. I. & Slettebø, Å. (2014). Sykepleien 102 (9): 52-55.	<i>“Håp er drivkraften”.</i>	Belyse sykepleiernes synpunkter på eget arbeid og ansvar i rehabiliteringen.	Kvalitative spørreskjema og intervjuer.	36 svarte på undersøkelsen.	De kom frem til 6 perspektiver som symboliserte rehabiliteringssykepleien: relasjonsperspektiv, brukerperspektiv, doseringsperspektiv, mestringsperspektiv, omgivelsesperspektiv og oversiktsperspektiv.	God.

<p>Fosså, S. D., Dahl, A. A., Smeland, S., Thoresen, L. & Loge, J. H. (2008). Tidsskrift for den norske legeforening 128:2615-6.</p>	<p>«Rehabilitering etter kreft».</p>	<p>Belyse kreftpasienters behov for rehabilitering.</p>	<p>Kronikk.</p>		<p>Viser til at vi har for lite kunnskap både om kvaliteten på kreftrehabiliteringen, hvilken effekt den har, hva som tilbys i Norge, usikkerhet rundt hvem som har behov for rehabilitering, når rehabiliteringen bør starte, samt viser til behovet for samtale med likepersoner.</p>	<p>God.</p>
<p>Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Nordisk Tidsskrift for Helseforskning .Nr.2, 5årgang. (s.18-29).</p>	<p>“Forståelse av helsefremming i sykepleie”.</p>	<p>Bidra til innsikt og refleksjon omkring helsefremming.</p>	<p>Baseres på en kvalitativ studie. Samt intervju.</p>	<p>Fokusgruppe-intervju med to lærergrupper. En for sykepleie-utdanningen og en for veiledere i kliniske studier. 5-6stk i hver gruppe.</p>	<p>Det argumenteres for å gå for den “nye måten” å forstå helsefremming på, som vil si å ha empowerment som strategi. Pasienten gis makt og kan være medvirkende. Framfor den “gamle/tradisjonelle måten” hvor sykepleieren var eksperten.</p>	<p>God</p>
<p>Hynne, A. B. & Kvangarsnes, M. (2012). Vård i Norden, 103 vol 32, 27-31.</p>	<p>“Å vere kreftsykepleiar i kommunehelsetenes ta- ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle”.</p>	<p>Øke kunnskapen om kreftsykepleierens oppgaver i kommunehelsetjenesten . Belyse ansvar og funksjonsområder, samt høre hvordan kreftsykepleierne opplever sin yrkesrolle.</p>	<p>8 Kvalitative forsknings-intervjuer.</p>	<p>Åtte deltakere, fra både by og landkommuner i Norge.</p>	<p>Egen kreftsykepleiestillinger gir rom for faglig kompetanse og kvalitet i møte med kreftpasienter. Store stillinger sikrer kontinuitet, bedre koordinering.</p>	<p>Middels</p>

<p>Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., Vahdat, L. T. & Caputo, T. A. (2010). Alternative Therapies in health and Medicine, VOL. 16, No. 3, 30-37.</p>	<p><i>“The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers”.</i></p>	<p>Se på effekten av et 20-ukers selvhelbredelses kurs hos kvinnelige bryst og gynekologiske kreftoverlevende, hvor ønsket utfall var økt livskvalitet. Metoder: mindfulness, sosial og emosjonell egenomsorg, dyp pust og visualisering.</p>	<p>Pilotstudie</p>	<p>68 kvinner ble inkludert i studien, og 46 fullførte programmet. Gjennomsnittsalder : 58år. 86% brystkreft pas. og 14% med gynekologisk kreft. Gjennomsnittlige tiden siden kreftdiagnosen var 2år.</p>	<p>Ved gjennomføring av disse 20ukene så de forbedring hos pasientene både følelsesmessig, funksjonelt, sosialt, emosjonelt og mentalt, samt redusert hvilepuls og forbedring i kortisol nivået. Summen av dette ga kreftpasientene økt livskvalitet</p>	<p>Middels</p>
<p>Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C. & Dinkel, A. (2013). Acta Oncologica, 52: 1102-1109.</p>	<p><i>“Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study”.</i></p>	<p>Se på kreftpasienters redsel for residiv under og etter et rehabiliteringsprogram.</p>	<p>En studie som var en del av en stor prospektiv studie.</p>	<p>Alder mellom 18-60år. Forskjellige kreftdiagnoser. Totalt 1281 pasienter som deltok.</p>	<p>Redsel for residiv eller progresjon er noen av de hyppigste årsakene til psykologiske symptomer hos kreftpasienter. Forhøyet nivå av redsel for residiv er et vedvarende problem hos kreftpasienter. 24-70% var bekymret for residiv eller progresjon av kreftsykdommen. De påpeker behovet for kreftrehabilitering og egne program for kreftoverlevende.</p>	<p>God.</p>

<p>Olsen, K., Berg, M., Solberg, N. & Scheide, M. (2015). Sykepleien, 103 (8):60-63.</p>	<p>«Mindre stress med mindfulness».</p>	<p>Påpeke hvordan oppmerksomhetstrening kan bidra til stressmestring i hverdagen for sykepleiere.</p>	<p>Fagartikkel basert på en studie av effekten av 3min pustemeditasjon.</p>	<p>22 sykepleiere deltok i studien.</p>	<p>Sykepleierne opplevde økt velvære, ro, bedre søvnkvalitet, tilstedeværelse i seg selv, bevisstgjøring, bedre kontroll over utfordringer, stressmestring og indre ro ved å benytte mindfulness og pusteøvelser 3 minutter x 2 om dagen. Det antydes at dette igjen kan bidra til økt kvalitet på pasientbehandlingen i form av bedre behandling og oppfølging.</p>	<p>Middels</p>
<p>Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Sykepleien forskning 2010 5 (3): 238-246.</p>	<p>«Hvordan skrive en systematisk oversikt?»</p>	<p>Vise hvordan man kan skrive en oversiktsartikkel basert på kliniske spørsmål i sykepleien.</p>	<p>Fagartikkel.</p>		<p>Artikkelen gir ikke en utdypende gjennomgang av de ulike trinnene som må være tilstede for å kunne skrive en systematisk oversikt, men et innblikk i hvordan det skal gjøres. Dette bidrar også til et innblikk i hvordan man kan tolke og forstå artiklene på en korrekt måte.</p>	<p>God.</p>
<p>Salhofer, I., Will, A., Monsef, I. & Skoetz, N. (2016). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Son.</p>	<p>“Meditation for adults with haematological malignancies”</p>	<p>Vurdere fordeler og ulemper ved meditasjon som en tilleggsbehandling ved standardisert kreftbehandling.</p>	<p>Review</p>		<p>Meditasjon er blitt populært for å behandle fysiske og psykiske symptomer, men effekten er noe uklar pga. manglende informasjon og dokumentasjon.</p>	<p>Middels</p>

Salvesen, H. B. (2001). Tidsskrift for Den norske legeforening, 2001; 121: 1253-5.	<i>“Rutinekontroller etter gynekologisk cancerbehandling”</i>	Kartlegge effekten og hensikten med rutinekontroller etter gynekologisk kreft, samt se på hvordan praksisen er.	Kortfattet spørreskjema.	36 av 41 avdelinger returnerte skjema.	Det angis at pasientene tilbys 8-15 kontroller de første fem årene etter primærbehandlingen. Argumentasjon bak rutinekontroller: oppdage evt. tidlig residiv, trygghet for pasienten – føler seg ivaretatt, oppdage plager/bivirkninger etter behandling. Ulempen: falsk trygghet, nytillkomne symptomer på residiv kan bli oversett/undervurdert, ressurskrevende. Mangler dokumentasjon på effekt på overlevelsen.	God
Sandvik, B. A. (2011). Sykepleien Forskning nr. 3, 2011; 6: 274-281.	<i>«Mindfulness – det oppmerksomme nærvær».</i>	Se på sykepleiernes opplevelser knyttet til oppmerksomt nærvær (mindfulness), samt se på effekten av mindfulness i forhold til deres opplevelse.	Dybde-intervju	6 sykepleiere fra to sykehus-avdelinger.	To hovedfunn i forhold til hvordan sykepleierne opplevde nærvær i yrkesutøvelsen; den første var «å være nær» - å være tilstede i tid og rom, i en felles livsverden og gir mening. Det andre funnet var at nærværet krever balansering – å navigere mellom helhet og del, i effektivitetens ramme og å våge mellom nærhet og distanse.	Middels
Sekse, R. J. T., Buestad, I. & Vika, M. E. (2014). Vård i Norden 4/2014. Publ. No. 114. Vol. 34. PP 10-14.	<i>“Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen?”</i>	Med utgangspunkt i kvinner behandlet for underlivskreft beskrive intervensjonen ved veiledning og undervisning i gruppe, samt belyse nyttilgheten av gruppetilbud.	Intervensjons-studie	Ferdigbehandlede kvinner med underlivskreft. 45 deltakere ble trukket av 131 som møtte baseline-testene.	Undervisning og veiledning i grupper fylte de behandlede underlivskvinnenes behov for informasjon, kunnskap og veiledning. Studien viser også viktigheten av likemannsarbeid, møte med andre i samme situasjon.	Middels

<p>Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Health care of women international, 34:14-33.</p>	<p><i>"Living in a Changed female body after gynecological cancer"</i>.</p>	<p>Kartlegge kvinnenes opplevelse av å få kreft og oppfølgingen de første fem årene, samt se på kvinners opplevelse av å være langtidsoverlever.</p>	<p>Intervju. 2 delt, men 12 mnd. mellom hvert.</p>	<p>16 kvinnelige gynekologiske kreftoverlevende. >5 årsoverlevende.</p>	<p>Studien avdekket at kvinnene ikke var forberedt på mye av de kroppslige endringene som følge av den gynekologiske kreftsykdommen. Konklusjon: behovet for informasjon og veiledning i hele behandlingsprosessen er sentralt. Samt lytting til kvinnenes erfaringer. Helsepersonells oppgave er å tilrettelegge for at kvinnene skal finne tilbake til en god opplevelse av egen kropp og helse.</p>	<p>Middels</p>
<p>Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. & Ozakinci, G. (2013). J Cancer survival (2013) 7:300-322.</p>	<p><i>"Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies"</i>.</p>	<p>Gi en helhetlig oversikt over vitenskapelig kunnskap om frykten for tilbakefall.</p>	<p>Review, kvantitativ studie.</p>		<p>Frykt for tilbakefall er et av de problemene som er hyppigst rapportert, og er et udekket behov hos både kreftoverlevende og pårørende. Frykten for tilbakefall var ofte en stor bekymring, og var ofte stabil, men høyere ved ung alder, fysiske symptomer (alvorlige og tilstedeværende), psykiske plager og lavere livskvalitet.</p>	<p>God</p>
<p>Snowden, A., White, C. A., Christie, Z., Murray, E., McGowan, C. & Scott, R. (2011). British Journal of Nursing, 2011,</p>	<p><i>"The clinical utility of the Distress Thermometer: a review"</i>.</p>	<p>Vurdere plagetermometer som et godt eller dårlig screeningsverktøy, gyldigheten.</p>	<p>Litteratur review.</p>	<p>40 studier.</p>	<p>Hensikten ved plagetermometer er å kartlegge pasientens problemer/plager. Bidrar til spesifisering av bekymringer. Avhenger at det blir satt i gang tiltak dersom det blir avdekket plager, ellers kan plagene forverres.</p>	<p>Middels</p>

Vol 20, No 4.						
Thorsen, L., Gjerset, G. M., Loge, J. H., Kiserud, C. E., Skovlund, E., Fløtten, T. & Fosså, S. D. (2011). Acta Oncologica, 2011; 50: 212-222.	<i>"Cancer patients' needs for rehabilitation services"</i> .	Undersøke kreftpasienters behov for rehabiliterings tjenester, identifisere udekkede behov, samt se på hva rehabiliteringstjenester tilbyr.	Spørreundersøkelse.	1325 kreftpasienter.	63% rapporterte behov for minimum et rehabiliteringstilbud, hvorav ca. 2/3 av dem rapporterte om behov for to eller flere tjenester. 43% følte behov for fysioterapi, 34% fysisk trening, 27% psykologisk rådgivning, 24% støttende gruppearbeid, 19% behov for sosionom, 6% ergoterapi. 40% reporterte om udekkede behov for rehabiliteringstjeneste.	God.
Wilkinson, S. R. (1997). Sykepleien 1997 85 (11): 50-53.	<i>"Mestring, sykdom og utvikling"</i> .	Gjøre rede for hvordan mestringsstrategier dannes, samt hvordan helsepersonell kan møte pasientene på en best mulig måte.	Fagartikkel.		Benytte pasientens egne ressurser – familie, venner osv., la pasienten få delta aktivt i behandlingen og på pasientens premisser, gi rom for at pasienten ønsker å dele sine tanker og følelser, still spørsmål, vis empati med god balanse mellom nærhet og avstand.	Middels

2. Styrker og svakheter ved valgte artikler

Forfattere:	Styrker:	Svakheter:
Allen, J. D., Savadatti, S. & Levy, A. G. (2009).	Stort antall pasienter som har deltatt. Fokuset ligger på det å gå fra å være pasient til det å være kreftoverlever. Diagnosegruppe med høy overlevelse. Redsel for residiv. Første 12 mnd. etter fullført behandling. IMRAD. Fagfellevurdert.	Diagnose spesifisert. Henviser til primærlitteratur av gammel dato.
Dahl, B., Romsland, G. I. & Slettebø, Å. (2014).	Ok antall deltagere. Setter fokus på 6 perspektiver i forhold til håp. Har fokus på sykepleierens perspektiver i rehabiliteringsprosessen.	Rehabilitering generelt og ikke spesielt knyttet opp mot kreftrehabilitering. Ikke IMRAD. Ikke fagfellevurdert, men skrevet av professor i helsefag, leder av kompetansesenteret og fagsjef sykepleie og førsteamanuensis forskningsavdelingen.
Fosså, S. D., Dahl, A. A., Smeland, S., Thoresen, L. & Loge, J. H. (2008).	Setter fokuset på kreftrehabilitering, samt viser til at det mangler forskning på flere områder relatert til kreftrehabiliteringen.	Kommer ikke frem til konkrete forslag om hva som må til for å kunne oppnå et godt rehabiliteringstilbud. Benytter ikke IMRAD. Er en kronikk, som er godkjent av medisinsk redaktør før publikasjon.
Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009).	Fokus på helsefremming og empowerment. Legger fokuset på at det er pasienten som sitter med makten over egen helse, og ikke sykepleieren som tidligere. IMRAD.	Læreregrupper for helsefag som er intervjuet og ikke sykepleiere/kreftsykepleiere som er ute i praksis. Få representanter. Ikke fagfellevurdert, men skrevet av sykepleiere som har bl.a. master innen feltet og en er professor innen tema.
Hynne, A. B. & Kvangarsnes, M. (2012).	Belyser kreftsykepleierens ansvar og funksjonsområder. IMRAD. Fagfellevurdert.	Kommunerelatert. Få representanter.

<p>Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., Vahdat, L. T. & Caputo, T. A. (2010).</p>	<p>Gjennomsnittlig tid etter kreftdiagnosen er 2år. Ung gjennomsnittsalder på 58år. Fokus på mindfulness og pusten. Viser til hvilken effekt selvhelbredelses metoder har på kroppen, fysisk – psykisk og biologisk. IMRAD. Fagfelleverdert.</p>	<p>Kvinnelige diagnoser; bryst- og gynekologisk kreft.</p>
<p>Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C. & Dinkel, A. (2013).</p>	<p>Fulgt opp med gjentagende undersøkelser. Viser til prosentvis andel av kreftpasientene som sliter med redsel for residiv. Forskjellige kreftdiagnoser. Ung alder fra 18-60år. IMRAD. Fagfelleverdert.</p>	<p>Svært høyt antall deltakere.</p>
<p>Olsen, K., Berg, M., Solberg, N. & Scheide, M. (2015).</p>	<p>Ok antall sykepleiere som er deltakere. Viser hvilken effekt mindfulness hadde på sykepleiere i hverdagen, noe som er overførbart til effekt hos kreftoverlevende.</p>	<p>Ikke benyttet IMRAD. Fagartikkel, ikke fagfelleverdert. Men skrevet av sykepleiere, en geriatrisk sykepleier og en høgskolelektor.</p>
<p>Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010).</p>	<p>Viser en god oversikt over hvordan man skal bygge opp en oversiktsartikkel, samt hvordan man kan vurdere andre artikler.</p>	<p>Ikke bygd opp etter IMRAD. Ikke fagfelleverdert, men skrevet av kjente forfattere innen kunnskapsbasert praksis.</p>
<p>Salhofer, I., Will, A., Monsef, I. & Skoetz, N. (2016).</p>	<p>Diagnosespesifisert. Annen type kreftdiagnose enn det som har vært brukt i andre valgte artikler. IMRAD.</p>	<p>Spesifiserer ikke type meditasjonsøvelser. Svarene stammer fra kun en studie. Usikker på om den er fagfelleverdert.</p>
<p>Salvesen, H. B. (2001).</p>	<p>OK antall deltagere. Kan være overførbart til andre kreftdiagnoser da oppfølgingsprogrammet etter kreft er stort sett det samme. Viser til gode argumenter for viktigheten av rutinekontroller etter kreft, spesielt i forhold til tidlig oppdagelse av residiv, samt trygghet for pasienten.</p>	<p>Oppfølgingsprogram kun ved gynekologisk kreft. Ikke IMRAD. Ikke fagfelleverdert.</p>

Sandvik, B. A. (2011).	Viser hvordan man som kreftsykepleier kan bruke mindfulness og det oppmerksomme nærværet i møte med kreftpasienter. Overførbart til hvordan kreftpasienten kan benytte mindfulness. IMRAD. Fagfelleverdert.	Få antall deltagere; 6 sykepleiere, fra to avdelinger ved sykehus.
Sekse, R. J. T., Buestad, I. & Vika, M. E. (2014).	Beskriver hensikten ved gruppeveiledninger og undervisning, samt belyser nyttheten av gruppetilbud/likepersonarbeid. Bra antall representanter som er ferdigbehandlet for sin kreftsykdom. IMRAD. Fagfelleverdert.	Diagnosespesifisert, 1 diagnose.
Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013).	Et todelt intervju hvor pasientene ble intervjuet med 12 mnd. mellomrom. Oppfølging relatert til de første fem årene etter kreftbehandling. Kvinnenes opplevelse av å være langtidsoverlever. Påpeker viktigheten av gjentagende informasjon og veiledning. Viser til helsepersonells sentrale oppgaver i møte med kreftoverlevende. IMRAD. Fagfelleverdert.	Diagnosespesifisert, 1 diagnose. Få antall deltagere.
Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. & Ozakinci, G. (2013).	Fokus på frykt for tilbakefall. Viser til at denne frykten var spesielt høy i ung alder. IMRAD. Fagfelleverdert.	
Snowden, A., White, C. A., Christie, Z., Murray, E., McGowan, C. & Scott, R. (2011).	Plagetermometerets hensikt, og fokus på at dette bidrar til spesifisering av hvor hovedproblemet til pasienten ligger. Stort antall studier er inkludert. IMRAD. Fagfelleverdert.	

Thorsen, L., Gjerset, G. M., Loge, J. H., Kiserud, C. E., Skovlund, E., Fløtten, T. & Fosså, S. D. (2011).	Gjennomsnittsalder på 52 år. Viser prosentvise behov. Knyttet opp mot behovet for rehabilitering. IMRAD. Fagfelleverdert.	Svært høyt antall deltakere. 70% kvinner.
Wilkinson, S. R. (1997). Sykepleien 1997 85 (11): 50-53.	Setter fokuset på mestringsstrategier, samt hvordan man som helsepersonell kan på best mulig måte møte pasientene.	Gammel årgang. Ikke IMRAD. Ikke fagfelleverdert, men skrevet av overlege.

Vedlegg 3: Plagetermometer

PLAGETERMOMETER																																																																																																																																																																							
Navn:	Født: U.s. Dato:																																																																																																																																																																						
<p>1. Sett kryss på termometeret Vær snill å sett en ring rundt det tallet (0-10) som best beskriver hvor mye psykiske plager du har hatt den siste uka inkludert dagen i dag.</p> <table border="1"> <tr> <td>10</td> <td>Ekstremt plaget</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td rowspan="10"></td> </tr> <tr> <td>8</td> </tr> <tr> <td>7</td> </tr> <tr> <td>6</td> </tr> <tr> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Ikke plaget</td> </tr> </table>	10	Ekstremt plaget	9		8	7	6	5	4	3	2	1	0	Ikke plaget	<p>2. Kryss av for om noe av det følgende er årsak til de psykiske plagene du har hatt den siste uken inkludert dagen i dag. Sett av så mange kryss som nødvendig.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Praktiske problemer</th> <th colspan="2">Fysiske problemer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bolig</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Smerter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kosthold</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kvalme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pensjon</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Svimmelhet/balanse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fritid</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tretthet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transport</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Søvn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Barnepass</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hukommelse/konsentrasjon</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Offentlige myndigheter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nedsatt bevegelighet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Økonomi</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nedsatt muskelkraft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Andre praktiske problemer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muskel- eller leddsmerter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Har du behov for hjelp?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Vekttap eller vektøkning</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tenner</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Arbeids-/skoleproblemer</th> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Spise/drikke</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Arbeidsoppgaver</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Forstoppelse/diaré</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Arbeidstid</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Problemer med syn/hørsel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Arbeidsmengde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Problemer med hjertet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ledelse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Problemer med pusten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kolleger</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Problemer med vannlating</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Egne forventninger</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Problemer med huden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Har du behov for hjelp?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Stikking/prikking i fingre/tær</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hevelse i armer/bein</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Familieproblemer</th> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lymfeødem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ektefelle, samboer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Feber</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Barn</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hetetokter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Andre familieproblemer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tørre slimhinner</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Har du behov for hjelp?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seksuelle problemer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nedsatt sexlyst</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Psykiske problemer</th> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Andre fysiske plager</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bekymret</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Har du behov for hjelp?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bedrøvet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Uten håp</td> <th colspan="2">Åndelige/religiøse problemer</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Alene/ensom med problemene</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>I forhold til Gud</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Deprimert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>I forhold til tro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nervøs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>I forhold til moral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Stresset</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>I forhold til skyld</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Engstelig</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>I forhold til eksistens</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Andre følelsesmessige problemer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Har du behov for hjelp?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Har du behov for hjelp?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Praktiske problemer		Fysiske problemer		<input type="checkbox"/>	Bolig	<input type="checkbox"/>	Smerter	<input type="checkbox"/>	Kosthold	<input type="checkbox"/>	Kvalme	<input type="checkbox"/>	Pensjon	<input type="checkbox"/>	Svimmelhet/balanse	<input type="checkbox"/>	Fritid	<input type="checkbox"/>	Tretthet	<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	Søvn	<input type="checkbox"/>	Barnepass	<input type="checkbox"/>	Hukommelse/konsentrasjon	<input type="checkbox"/>	Offentlige myndigheter	<input type="checkbox"/>	Nedsatt bevegelighet	<input type="checkbox"/>	Økonomi	<input type="checkbox"/>	Nedsatt muskelkraft	<input type="checkbox"/>	Andre praktiske problemer	<input type="checkbox"/>	Muskel- eller leddsmerter	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Vekttap eller vektøkning	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tenner	Arbeids-/skoleproblemer		<input type="checkbox"/>	Spise/drikke	<input type="checkbox"/>	Arbeidsoppgaver	<input type="checkbox"/>	Forstoppelse/diaré	<input type="checkbox"/>	Arbeidstid	<input type="checkbox"/>	Problemer med syn/hørsel	<input type="checkbox"/>	Arbeidsmengde	<input type="checkbox"/>	Problemer med hjertet	<input type="checkbox"/>	Ledelse	<input type="checkbox"/>	Problemer med pusten	<input type="checkbox"/>	Kolleger	<input type="checkbox"/>	Problemer med vannlating	<input type="checkbox"/>	Egne forventninger	<input type="checkbox"/>	Problemer med huden	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Stikking/prikking i fingre/tær	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hevelse i armer/bein	Familieproblemer		<input type="checkbox"/>	Lymfeødem	<input type="checkbox"/>	Ektefelle, samboer	<input type="checkbox"/>	Feber	<input type="checkbox"/>	Barn	<input type="checkbox"/>	Hetetokter	<input type="checkbox"/>	Andre familieproblemer	<input type="checkbox"/>	Tørre slimhinner	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Seksuelle problemer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nedsatt sexlyst	Psykiske problemer		<input type="checkbox"/>	Andre fysiske plager	<input type="checkbox"/>	Bekymret	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Bedrøvet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Uten håp	Åndelige/religiøse problemer		<input type="checkbox"/>	Alene/ensom med problemene	<input type="checkbox"/>	I forhold til Gud	<input type="checkbox"/>	Deprimert	<input type="checkbox"/>	I forhold til tro	<input type="checkbox"/>	Nervøs	<input type="checkbox"/>	I forhold til moral	<input type="checkbox"/>	Stresset	<input type="checkbox"/>	I forhold til skyld	<input type="checkbox"/>	Engstelig	<input type="checkbox"/>	I forhold til eksistens	<input type="checkbox"/>	Andre følelsesmessige problemer	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	
10	Ekstremt plaget																																																																																																																																																																						
9																																																																																																																																																																							
8																																																																																																																																																																							
7																																																																																																																																																																							
6																																																																																																																																																																							
5																																																																																																																																																																							
4																																																																																																																																																																							
3																																																																																																																																																																							
2																																																																																																																																																																							
1																																																																																																																																																																							
0		Ikke plaget																																																																																																																																																																					
Praktiske problemer		Fysiske problemer																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	Bolig	<input type="checkbox"/>	Smerter																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Kosthold	<input type="checkbox"/>	Kvalme																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Pensjon	<input type="checkbox"/>	Svimmelhet/balanse																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Fritid	<input type="checkbox"/>	Tretthet																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	Søvn																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Barnepass	<input type="checkbox"/>	Hukommelse/konsentrasjon																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Offentlige myndigheter	<input type="checkbox"/>	Nedsatt bevegelighet																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Økonomi	<input type="checkbox"/>	Nedsatt muskelkraft																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Andre praktiske problemer	<input type="checkbox"/>	Muskel- eller leddsmerter																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Vekttap eller vektøkning																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tenner																																																																																																																																																																				
Arbeids-/skoleproblemer		<input type="checkbox"/>	Spise/drikke																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Arbeidsoppgaver	<input type="checkbox"/>	Forstoppelse/diaré																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Arbeidstid	<input type="checkbox"/>	Problemer med syn/hørsel																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Arbeidsmengde	<input type="checkbox"/>	Problemer med hjertet																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Ledelse	<input type="checkbox"/>	Problemer med pusten																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Kolleger	<input type="checkbox"/>	Problemer med vannlating																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Egne forventninger	<input type="checkbox"/>	Problemer med huden																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Stikking/prikking i fingre/tær																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hevelse i armer/bein																																																																																																																																																																				
Familieproblemer		<input type="checkbox"/>	Lymfeødem																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Ektefelle, samboer	<input type="checkbox"/>	Feber																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Barn	<input type="checkbox"/>	Hetetokter																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Andre familieproblemer	<input type="checkbox"/>	Tørre slimhinner																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>	Seksuelle problemer																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nedsatt sexlyst																																																																																																																																																																				
Psykiske problemer		<input type="checkbox"/>	Andre fysiske plager																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Bekymret	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Bedrøvet	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	Uten håp	Åndelige/religiøse problemer																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	Alene/ensom med problemene	<input type="checkbox"/>	I forhold til Gud																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Deprimert	<input type="checkbox"/>	I forhold til tro																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Nervøs	<input type="checkbox"/>	I forhold til moral																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Stresset	<input type="checkbox"/>	I forhold til skyld																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Engstelig	<input type="checkbox"/>	I forhold til eksistens																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Andre følelsesmessige problemer	<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	Har du behov for hjelp?	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					

(Dahl, 2013, s. 134)