

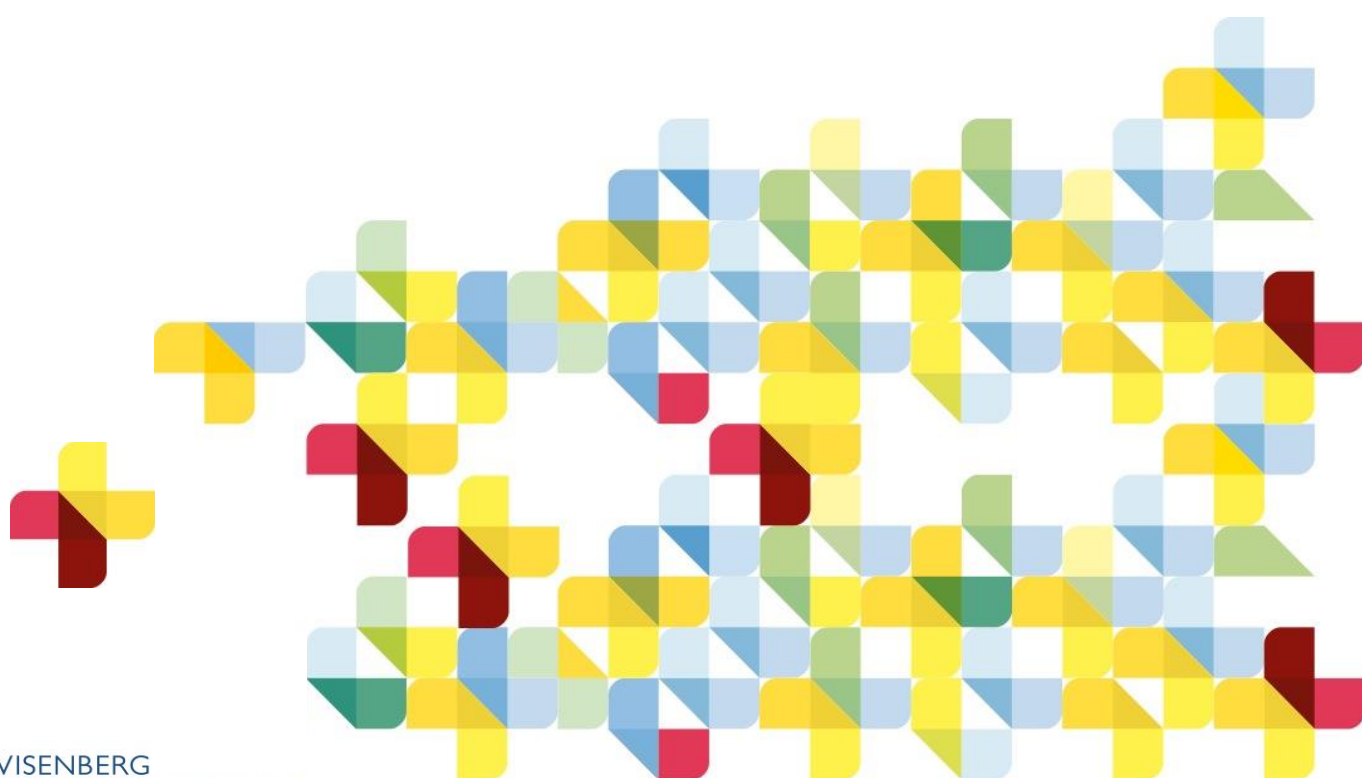


Hvordan bruke motiverende intervju for å fremme fysisk aktivitet hos brystkreftoverlevende som opplever fatigue

Kandidatnummer: 324
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9897
Dato: 14.04.2016



Lovisenberg diakonale høgskole

Dato 13.04.2016

Tittel


Hvordan bruke motiverende intervju for å fremme fysisk aktivitet hos brystkreftoverlevende som opplever fatigue

Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju veilede til fysisk aktivitet hos kvinner som opplever fatigue etter brystkreft? Oppgavens hensikt er å få bedre forståelse for sykepleiers helsefremmende og veiledende rolle i møte med mennesker som opplever fatigue. Fysisk aktivitet kan sees som behandling da livskvaliteten blir bedre på grunn av økt psykisk velvære og bedre fysisk helse. Det er også ønskelig å se fysisk aktivitet i sammenheng med sykdom og behandling og på den måten styrke sykepleiers forutsetninger, for å jobbe mer helhetlig i møte med pasienter med fatigue. Med økt kompetanse på motiverende intervju (MI) vil sykepleier ha mulighet til å styrke pasienten i å ta kontroll over egen kropp og sykdom. Problemstillingen besvares i en litterær oppgave hvor det er anvendt teori-, forskning- og erfaringsbasert kunnskap. Litteraturen er hovedsakelig hentet fra primærkilder. Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens helsefremmende og veiledende rolle, hvor etikk og lovverk står sentralt. Antonovskys salutogenese med fokus på hva som fremmer god helse og hvordan helse handler om holdninger til livet, vil ligge til grunn for oppgaven. Teorien tar for seg områdene som nevnt i problemstillingen, før teorien bindes sammen i drøftingen. Jeg går dypere inn på hva helse handler om og sykepleierens helsefremmende og veiledende rolle. Videre går jeg inn på fatigue, fysisk aktivitet og ernæring, hvor jeg ser på funnene fra forskning og hvordan effekt fysisk aktivitet har på pasienten som opplever fatigue. MI som metode fokuserer på ressursene i den enkelte, som kan sees som et helsefremmende fokus. Samtidig er det fokus på maktoverføring hvor pasienten myndiggjøres. Slik jeg ser det ivaretar MI både på pasientens autonomi, samtidig som det er fokus på hvordan sykepleier kan styrke pasientens empowerment.

Nøkkelord:

Brystkreft, Fatigue, Motiverende Intervju, Fysisk Aktivitet, Ernæring, Kreftoverlevende.

(Totalt antall ord: 288)



*Kroppen føles ukjent,
Den vil liksom ikke helt.
Det er som den er sliten,
Som om hode & kropp er delt.*

*Jeg vil så gjerne leve,
Det livet som er mitt.
For kreften har ikke vunnet,
Kun brystet har jeg gitt.*

*Rekker du meg hånden,
Så vi sammen kan finne vei.
Jeg må sortere mine tanker,
For motivasjonen bor i meg!*

(Bachelor forfatteren, 2016)

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Begrunnelse og presentasjon av tema | 1 |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling | 1 |
| 1.3 Oppgavens hensikt | 2 |
| 1.4 Forståelse for eget utgangspunkt | 2 |
| 1.5 Innhold og avgrensning | 2 |
| 1.6 Oppgavens disposisjon | 3 |
| 2 Metode | 5 |
| 2.1 Valg av metode | 5 |
| 2.2 Litteratursøk og søkehistorikk | 5 |
| 2.3 Kildekritikk | 6 |
| 3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag | 8 |
| 3.1 Helse | 8 |
| 3.2 Sykepleiers Helsefremmende rolle | 8 |
| 3.3 Empowerment som et ledd i helsefremmende arbeid | 9 |
| 3.4 Sykepleierens veiledende funksjon | 10 |
| 3.5 Lovverk og etikk | 11 |
| 4 Teori | 12 |
| 4.1 Brystkreft | 12 |
| 4.1.1 Symptomer | 12 |
| 4.1.2 Diagnostikk | 13 |
| 4.1.3 Kirurgisk behandling | 13 |
| 4.1.4 Etterbehandling og bivirkninger | 13 |
| 4.2 Kreft relatert fatigue | 14 |
| 4.3 Ernæring | 15 |
| 4.4 Fysisk aktivitet | 15 |
| 4.5 Fysisk aktivitet og Fatigue | 16 |
| 4.6 Motiverende Intervju | 16 |
| 4.6.1 En MI - samtale | 17 |
| 4.6.2 Motivasjonsarbeid og relasjon mellom hjelper og pasient | 18 |
| 5.0 Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju veilede til fysisk aktivitet, hos kvinner som opplever fatigue etter brystkreft? | 19 |
| 5.1 Sykepleiers helsefremmende og veiledende funksjon | 19 |
| 5.2 Fatigue, fysisk aktivitet og ernæring | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3 Motiverende intervju som verktøy | 24 |
| 6 Konklusjon..... | 28 |
| Referanser | 30 |
| Vedlegg 1. Litteratur matrise | 35 |

1 Innledning

Tema for denne litterære oppgaven er sykepleiers helsefremmende og veiledende rolle i møte med kvinner som opplever fatigue etter brystkreftbehandling. I oppgaven er det fokus på motiverende intervju som et veiledningsverktøy for å fremme fysisk aktivitet og ernæring.

1.1 Begrunnelse og presentasjon av tema

I følge Schlichting (2012, s.434) rammes ca. hver 11. kvinne over 20 år i Norge av brystkreft og regnes som den kreftformen som forekommer hyppigst hos kvinner. Av disse opplever mange fatigue i større eller mindre grad. Fatigue er det hyppigste forekommende symptomet hos kreftpasienter generelt og kan oppstå som en normal reaksjon på den belastningen behandlingen gir. Det er gjerne mental fatigue som er pasientens subjektive opplevelse av dårlig konsentrasjon og sviktende hukommelse. Denne type fatigue kan oppstå akutt og vil gjerne bli bedre med hvile. Fysisk fatigue er derimot pasientens opplevelse av å være kroppslig sliten og ha lite eller ingen fysisk energi. Vedvarer det i mer enn 6 måneder regnes det som kronisk fatigue. Det finnes ingen direkte behandlingsform for kronisk fatigue, men pasientenes egenrapportering og objektivt mål av fysisk funksjon viser at fysisk aktivitet har positiv effekt (Loge, 2013 s. 113).

Brystkreft er svært utbredt, og mange kjenner til noen som har eller har hatt brystkreft. Flere har opplevd å se fortvilelsen hos sine nære, som har kjempet seg gjennom kreften for å oppleve at livet ikke lenger er det samme. Jeg ønsker å lære mer om brystkreft da det er en stadig økning blant kvinner og kreft generelt blir mer utbredt. Fatigue er den hyppigste bivirkningen hos kreftpasienter og overlevende (Loge, 2013). Jeg opplever at å ha kunnskap på dette feltet vil ha stor relevans for min fremtid som sykepleier. Videre har jeg fokus på fysisk aktivitet fordi det er bevist gjennom forskning at det kan bidra til bedring av fatigue. Min personlig interesse for fysisk aktivitet ønsker jeg også å bedre kunne utnytte det i fremtidig helsefremmende arbeid som sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju veilede til fysisk aktivitet hos kvinner som opplever fatigue etter brystkreft.

1.3 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er å få bedre forståelse for sykepleiers helsefremmende og veiledende funksjon i møte med mennesker som opplever fatigue. Fysisk aktivitet kan sees som behandling da livskvaliteten blir bedre på grunn av økt psykisk velvære og bedre fysisk helse (Roessler, Ibsen, Saltin, & Sørensen, 2007). Oppgaven har til hensikt å se på hvordan fysisk aktivitet virker inn på pasienter med fatigue og hvordan sykepleier ved bruk av motiverende intervju kan veilede pasienten. Det er også ønskelig å se fysisk aktivitet i sammenheng med sykdom og behandling og på den måten styrke sykepleiers forutsetninger for å jobbe mer helhetlig i møte med pasienter med fatigue. Med økt kompetanse på motiverende intervju vil sykepleier ha mulighet til å styrke pasienten i å ta kontroll over egen kropp og sykdom.

1.4 Forståelse for eget utgangspunkt

Jeg har kjennskap til brystkreft og fatigue som pårørende og sett hvordan fatigue har endret hverdagen til den berørte og gitt opplevelsen av svekket livskvalitet. Denne erfaringen har skapt interesse og et ønske om å forstå sykdommen og konsekvensen av den. Videre ønsker jeg å forstå sammenhengen med hvordan fysisk aktivitet kan gi økt helsegevinst hos kvinner med fatigue og hvordan sykepleierens kan benytte dette i sin helsefremmende rolle. Jeg er lidenskapelig opptatt av fysisk aktivitet og gjennom å være fysisk aktiv god innsikt i negative konsekvensene av inaktivitet. Jeg er selv fysisk aktiv og erfarer hvor godt det gjør egen helse, en erfaring jeg mener jeg har stor overføringsverdi til min rolle som sykepleier. Jeg ble introdusert for motiverende intervju (MI) i praksis og ønsker å se om MI kan benyttes av sykepleier for å fremme fysisk aktivitet.

1.5 Innhold og avgrensning

Jeg har valgt å skrive om brystkreftoverlevende kvinner med kronisk fatigue som er ferdigbehandlet og friske nok til å kunne utøve fysisk aktivitet. Det er ikke foretatt en avgrensning av type kreftbehandling, da fatigue kan forekomme ved alle former for behandling. Oppgaven vil ha fokus på kvinnen. Jeg anser pårørende som svært viktig del av sykepleien, men kommunikasjon og sykepleieutøvelse til pårørende stiller andre krav til

sykepleier. På bakgrunn av oppgavens omfang vil pårørende derfor ikke bli vektlagt i besvarelsen. Videre vil kulturelle forskjeller og tro kunne ha innvirkning på hvordan kvinnen vil oppleve og ta imot veiledning, dette blir likevel ikke tatt hensyn til i oppgaven med bakgrunn i ordbegrensning. Kvinnens symptomer og bivirkninger vil bli belyst, men oppgaven vil ikke omhandle spesifikke medisinske behandlinger.

Konsultasjon og veiledningen foregår mellom sykepleier og pasient, ved en poliklinisk etterkontroll i sykehus. Det er mange arbeidsoppgaver og profesjoner på en poliklinikk, men i denne oppgaven har jeg fokus på at sykepleier underviser og veileder pasienten. Tverrfaglig samarbeid vil for mange være aktuelt, men blir ikke tatt med i oppgaven. I et poliklinisk møte er tid en viktig rammefaktor, hvor konsultasjonen er i et begrenset tidsrom. Planlegging i forkant og hvordan sykepleier møter pasienten er spesielt viktig når tidsrommet er begrenset. Lover og forskrifter vil være en rammefaktor sykepleier må forholde seg til og jobbe etter. Veiledning av brystkreftoverlevende pasienter med fatigue, til fysisk aktivitet krever sammensatt kompetanse hos sykepleieren. Noe av dette utdypes i teoridelen. Sykepleier må ha kunnskap om generell sykepleie, brystkreft og fatigue. Jeg har også valgt å ta med kort om ernæring, da ernæring er viktig for å kunne være fysisk aktiv og ha god helse. I tillegg må sykepleier ha kunnskap om forskning gjort på fysisk aktivitet for å kunne jobbe kunnskapsbasert. Videre må sykepleier vite noe om hva fysisk aktivitet innebærer for pasienten, da fysisk aktivitet er langt mer krevende for pasienten enn eksempelvis medikamentell behandling er. Sykepleier må da ha kunnskap om endringsprosesser og motivasjon for å kunne gi individuell veiledning. Oppgavens drøfting binder teorien sammen og ser på sykepleierens rolle, på fysisk aktivitet og fatigue og motiverende intervju som verktøy.

1.6 Oppgavens disposisjon

I kapittel en tar jeg for meg begrunnelse for valg av tema, problemstilling og hensikten med oppgaven. Avslutningsvis sier jeg noe om innhold og avgrensning i oppgaven. Kapittel en er et metodekapittel hvor jeg sier noe om hvordan jeg har jobbet, søkeprosessen og kildekritikk av litteraturen jeg benytter. Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag kommer som kapittel tre og her går jeg inn på lovverk, etikk, sykepleiers ansvar og rolle, som er rammen for besvarelsen. I kapittel fire presenteres oppgavens teorigrunnlag. Jeg tar for meg pasientgruppen og forklarer kort om brystkreft og fatigue, før jeg forteller kort om fysisk aktivitet og ernæring.

Avslutningsvis tar jeg for meg motiverende intervju, som er metoden sykepleier skal benytte for å fremme fysisk aktivitet og ernæring hos pasienten. Kapittel fem er diskusjonsdel, hvor jeg bringer stoffet sammen og argumenterer for funnene. I sjette og siste kapittel tar jeg en kort oppsummering om funnene i en avslutning.

2 Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for metoden jeg har valgt for å systematisk vise hvordan jeg har jobbet.

2.1 Valg av metode

Dette er en litterær oppgave som bygger på kunnskaper som allerede eksisterer. Litteraturen som benyttes er empirisk, som vil si at den har feste i virkeligheten (Støren, 2013, s.17).

Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan måles, vi går i dybden og finner det som er særegent. Kvantitative data gir derimot enheter som er mer målbare, slik som hvor mange som opplever fatigue etter brystkreftbehandling. Begge metodene har til hensikt å gi bedre innsikt og forståelse enten det er på arbeidsplassen eller i samfunnet (Dallan, 2012). I denne oppgaven bruker jeg i hovedsak kvantitativ forskning og forsterker med kvalitativ empiri. Jeg benytter faglitteratur og egen klinisk erfaring fra praksis og jobb. Deretter blir de innsamlede dataene satt i dialog med «bakgrunns litteraturen» i drøftingsdelen (Olsson & Sørensen, 2003).

2.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Jeg har søkt etter fag -og forskningsartikler i databasene Cinahl, Swemed+, PubMed og Medline. Jeg har også gjort enkeltsøk på den norske legeföreningen, kreftforeningen, sykepleien.no og via google scholar. Flere av artikkelfunnene har jeg gjort via Cinahl med søkeordene: Breast neoplasms (S1), Physical activity (S2), Exercise (S3), S2 OR S3, Fatigue (S5). S1 AND S4 AND S5 resulterte i 112 artikler, begrenset så med innen 10år, peer reviewed og research article som resulterte i 60 artikler. Artikkelen presenteres skjematisk her, men er beskrevet i litteratur matrisen, se vedlegg.

Speck R. M., Courneya K. S., Måsse L. C. og Schmitz K. H. (2010)

- An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis

Humpel, N., Iverson, D. C. (2010)

- Sleep quality, fatigue and physical activity following a cancer diagnosis

Olson, E. A., Mullen, S. P., Rogers, L. Q., Courneya, K. S., Verhulst, S., McAuley, E. (2014)

- Meeting physical activity guidelines in rural breast cancer survivors

Videre ønsket jeg å finne artikler om helsefremming og benyttet søket «Helsefremming i sykepleie» når jeg søkte i Google Scholar. Det kom opp 885 treff, og blant de første artiklene fant jeg *Forståelse av Helsefremming i Sykepleie*, forfattet av Gammersvik Å. og Alvsvåg H. (2009). Overskriften traff akkurat på søket mitt og ved å lese abstraktet fant jeg ut at artikkelen tok for seg uklarheten rundt helsefremming, som var årsaken til at jeg søkte.

Jeg har gjort enkeltsøk etter fag og forskningsartikler gjennom sykepleien.no og har gjort noen gode funn med søkeordene helsefremming, pedagogikk, sykepleie. Artikkelen til Pedersen og Vrenne fra 2012 «Hvordan gi god pasientveiledning? Sykepleierne trenger tid og opplæring for å ivareta pasientenes behov for informasjon og veiledning» var en artikkel jeg fant når jeg søkte på veiledning og avgrenset med fagartikkel. Artikkelen kom opp blant de ti første treffene og det var overskriften som først fenget meg. Begge forfatterne er utdannet sykepleiere og jobber i høgskolen.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012, s.67) beskriver kildekritikk som de metodene som benyttes for å fastslå om kildene er sanne, altså skille dataene fra spekulasjoner. Ved å vurdere og gjenkjenne ulikhetene ved de kildene som benyttes er det mulig å avgjøre dataenes relevans og gyldighet. Gyldighet vil si troverdigheten i kilden, altså hva slags tekst, hvem har skrevet den er hvem er den for. Det viktig å se på hensikt med teksten og når den er skrevet (Dalland, 2012). Videre ønsker jeg å sikre meg mot andres feiltolkninger og prøver derfor å tilstrebe å bruke primærlitteraturen. Noen forfattere er imidlertid lite tilgjengelige og må derfor leses i andres bearbeidinger (Dalland, 2007). Siden mitt morsmål er norsk utgjør det en liten sjans for

feiltolkninger, da jeg selv har lest og oversatt de ulike forskningsartiklene fra engelsk til norsk. Jeg har sett blant annet på hvem som har forfattet artiklene for å se på bakgrunn og kompetanse hos forfatterne og for å avgjøre gyldighet. Eksempelvis er både Gammersvik og Alvsvåg (2009) som har forfattet «*Forståelse av Helsefremming i Sykepleie*» begge utdannede sykepleiere med bred bakgrunn og ansatt ved Haraldsplass Diakonale Høgskole, jeg anser derfor kilden som gyldig og relevant.

Flere av artiklene foregår og er utført utenfor Skandinavia, som kan medføre at det er noen ulikheter i forhold til Norge med tanke på blant annet helsevesen og kultur. Likevel anser jeg artiklene jeg har valgt å ha stor overføringsverdi da de samsvarer med deler eller hele problemstillingen min. Borge (2012) sin artikkel er om motivasjon til livsstilsendring, hos personer med sykkelig overvekt. Jeg fant artikkelen relevant da motivasjon til livsstilsendring også er gjeldende når ønsket er å fremme fysisk aktivitet hos pasienten.

Normannvik (udatert) er spesialsykepleier og svarer på kreftforeningen sine sider om fatigue. Jeg har valgt å benytte kilden på tross av at den er udatert, for å kunne vise til informasjonen som kreftforeningen gir på sin side. Jeg understøtter det Normannvik sier med annen relevant faglitteratur.

Solveig Bøhle (2013) har skrevet boken «Diagnose: brystkreft», hvor hun forteller om egne opplevelser i sitt møte med brystkreft. Jeg har valgt å bruke boken da den trekker paralleller fra teorien til empirien og jeg opplever at det er med å gir et mer helhetlig innblikk i pasientens opplevelse av å være mottaker og deltaker.

Antonovskys (2012) er grunnleggeren av Salutogenese modell hvor fokuset er på det friske mennesket og på de faktorene som fremmer helse fremfor det han kaller uhelse. Jeg har valgt å bringe hans teori inn i oppgaven fordi Antonovsky flytter fokuset fra et patogenetisk syn til hva som er personens ressurser. Dette er slik jeg ser det et helsefremmende tankesett og et grunnlag for hvordan jeg som sykepleier skal møte pasienten. Antonovsky sier noe om hvor viktig det er for mennesket at hendelser i livet er kognitivt forståelige. Dette kan sees igjen i motiverende intervju, hvor pasienten får hjelp til å finne sammenheng og struktur slik at det kan oppstå en følelse av kontroll. Antonovsky tar også for seg hvordan mestring er viktig når personen skal føle seg deltakende. Dette kan også sees i sammenheng med hvor viktig det er for sykepleier å styrke pasientens empowerment (Antonovsky 2012).

3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskrives sykepleierens fundamentale plikt som å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. I alt arbeid som sykepleier utøver må det ligge til grunn en faglig og etisk vurdering, dette krever at sykepleier har innsikt i lovverket som regulerer tjenesten og følger det etiske retningslinjer for profesjonen. Videre skal sykepleierens kompetanse være sammensatt av erfaring- og forskningsbasert kunnskap og er selv ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleieforbund, 2011, s.4).

3.1 Helse

Å forstå helsebegreper er viktig for å kunne jobbe helsefremmende. Helse kan defineres på mange måter, men av mange anses helse å være «fravær av sykdom». Denne måten å se helse på handler om hvorvidt en person er frisk eller syk, og kan sees som et negativt helsebegrep (Tones og Green, 1997 i Larsen, 2012, s.46). Ser vi derimot Helse som ressurs kan helse sees som en følelse av livsmot og glede, en følge av å mestre hverdagslivet og det livet måtte by på. Helse er på denne måten noe som oppleves håndterbart og meningsfylt. Den enkeltes subjektive opplevelse av helse er sentral her (Jensen og Johnsen, 2000, i Larsen, 2012, s. 48). Antonovskys (2012) er grunnleggeren av salutogenese modell, hvor fokuset er på det friske mennesket og på de faktorene som fremmer helse, fremfor det han kaller uhelse. Antonovsky fokuserer på hvilke ressurser personen selv har, fremfor å ha et patogenetisk syn, hvor fokuset er på sykdommen og faktorer som forårsaker sykdom (Antonovsky, 2012). Setter vi helsebegrepet inn i helsefremmende arbeid ser helse som noe helhetlig med fokus på ressurser. Det kan være mennesker med kroniske sykdommer eller plager som må lære seg å leve med dette, på en slik måte at de kan leve et godt liv på egne premisser. En person med kronisk sykdom kan ha god helse, selv om han medisinsk sett er syk (Larsen, 2012 s.51).

3.2 Sykepleiers Helsefremmende rolle

Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 med mål om å bedre folkehelsen gjennom mer forebygging og behandling tidligere i forløpet (Helsedirektoratet, 2015). Folkehelseloven trådte i kraft samme år og har som formål å fremme folkehelse og beskriver folkehelsearbeid som å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å

forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011). Folkehelse er helsefremmende arbeid og forebygging på primært, sekundært og tertiært nivå, med et fokus på å forhindre at sykdom oppstår (Henriksen 2012, s.59). Norsk sykepleier forbund (2014) forteller at helsefremmende arbeid er kjernen i folkehelsearbeidet og betyr å styrke de faktorene som gjør personen i stand til å selv bevare og bedre sin helse. Helsefremming er å ha helse, velvære og livskvalitet som mål (Gammersvik, 2012, s.101). Sykepleiere er en stor profesjonsgruppe og er med sin bredde og kompetansene sentrale aktører i arbeidet med folkehelse. Sykepleiere møter sine pasienter og brukere på mange ulike arenaer og er på den måten i posisjon til å legge vekt på helsefremmende tiltak ovenfor flere pasientgrupper i alle deler av helsetjenesten. Sykepleieren skal i sitt yrke benytte seg av egne erfaringer og ervervet kunnskap fra pasientarbeid og forskning til å jobbe helsefremmende. Sykepleieren må ha en føre-var-tenkning som innebærer å forstå risikofaktorer og inneha kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom, både på individnivå og i samfunnsperspektiv (Norsk sykepleierforbund 2014). Samtidig er det viktig at sykepleier er samarbeidsorientert og at pasienten gis mulighet å være delaktig, samarbeide og lære (Gammersvik & Alvsvåg, 2009). Mestring er viktig når personen skal føle seg deltakende og er veldig relevant når sykepleier å styrke pasientens empowerment (Antonovsky, 2012). De aller fleste pasienter og brukere er i stand til å kunne bidra selv og dette bør være grunnlaget for sykepleier utførelse i helsefremmende arbeid, når målet er mestring, handlingskompetanse og helse (Gammersvik & Alvsvåg, 2009).

3.3 Empowerment som et ledd i helsefremmende arbeid

I en individorientert tilnærming kan empowerment sees som et fokus for å styrke den enkelte. Altså finne den enkeltes kraft og styrker (Askheim, 2012). Sykepleier skal ta i bruk empowerment i sin fagutøvelse gjennom å gi pasienten makt og myndighet. På den måten skal sykepleier bidra til at pasientens kapasitet og mestringsevne i daglige utfordringer økes. Empowerment handler om bemyndigelse hvor fokuset er på ressurser og muligheter som er med å fremme styrke og energi, samtidig redusere stressfaktorer. Ved å styrke pasienter og brukere sine ressurser og handlingskompetanse, fremmer vi helse. (Gammersvik & Alvsvåg, 2009). Gammersvik og Alvsvåg (2009) viser til funn hvor det er tilfeller hvor helsefremming kan sees som ekspertstyrt forebygging av sykdom. En slik paternalistisk tilnærming er preget av risikotenkning, hvor helsepersonellet vet best. Et eksempel kan være når sykepleier

instruerer pasienten til å gå og forklarer at dette er viktig etter en operasjon, for å forebygge trombose. Sykepleier definerer innhold og tidspunkt ut i fra egen ekspertise og pasienten blir ikke sett som en samarbeidspartner. Helsefremming med pasienten som samarbeidspartner kan sees som horisontale linjer, hvor pasienten har kunnskap som sykepleier trenger og motsatt. For å oppnå det må sykepleier ha en helhetlig forståelse av pasienten og tilpasse innholdet i samtalen ut i fra situasjonen, hvor sykepleier ikke instruerer men veileder pasienten (Gammersvik og Alvsvåg, 2009).

3.4 Sykepleierens veiledende funksjon

Som en del av sykepleierens pedagogiske funksjon inngår blant annet veiledning, informasjonsgiving og støtte (Norsk Sykepleieforbund, 2011). I kapittel 3, punkt 5 i Pasientrettighetsloven sies det at informasjonen skal være tilpasset individuelt ut i fra mottakers forutsetninger og at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og personellet skal forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Lovverket retter seg her blant annet til sykepleiers veiledende funksjon, hvor sykepleier på flere områder har ansvar for å legge til rette for utvikling og mestring hos sine pasienter og brukere (Pedersen & Vrenne, 2012). Gammersvik og Alvsvåg (2009) sier at maktoverføring og samarbeid et viktig stikkord når en skal fremme personlig mestring hos pasienten. Det er en dynamisk samhandlingsprosess, hvor både sykepleiers og pasientens ressurser og kompetanse tas i bruk. En veileders oppgave er å utvikle en dialog basert på egen kunnskap og pasientens erfaringskompetanse. Dette krever at veilederen evner å være avventende, lyttende, stille spørsmål og stimulerer pasienten til selv å finne løsninger. (Jenssen, 2015, s. 109). For å klare dette må sykepleier ha planlagt sitt møte med pasienten, for å lage en ramme for veiledningen. Ved å innledningsvis bruke tid på å bli kjent er det større sjanse for at det skapes en trygghet i relasjonen. Trygghet er essensielt for å skape refleksjon og legge til rette for erkjennelser (Tveiten, 2013).

3.5 Lovverk og etikk

Pasient -og brukerrettighetsloven kapittel 3 (1999) «Rett til medvirkning og informasjon» er lagt til grunn når sykepleier skal gjennom motiverende intervju veilede pasienten. I følge loven er sykepleier pliktig til å legge til rette for at pasienten selv kan medvirke i behandlingen, gjennom å blant annet tilpasse informasjonen til den enkelte (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonelloven stiller krav til sykepleierens utøvelse. I kapittel 2 §4 legges det vekt på forsvarlighet og omsorgsfull utførelse i arbeidet. Loven sier at ved behov skal sykepleier benytte andre profesjoners kompetanse for å kunne utøve best mulig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999)

De fire prinsippers etikk ble på 70-tallet satt sammen av en gruppe mennesker med ulik bakgrunn. Filosofer, teologer, jurister og leger jobbet sammen og kom sammen frem til de fire etiske prinsippene, autonomi -rett til selvbestemmelse, velgjørenhet -plikten til å være god mot andre, ikke skade -plikten til å ikke skade andre og rettferdighet -plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2012). I veiledning har alle disse fire prinsippers etikk relevans og kan benyttes som et grunnlag for etisk refleksjon (Tveiten, 2013). Med bakgrunn i Motiverende intervju (MI) legger jeg vekt på autonomiprinsippet, da medbestemmelse og maktoverføring er sentralt i MI-samtalen (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Autonomi kan forstås som et prinsipp, en rettighet eller egenskap. Eksempelvis kan retten medbestemmelse innebære at sykepleier må gi pasienten nødvendig informasjon, slik at pasienten kan ta selvstendige valg i egen behandling (Tveiten, 2013). Autonomi er retten til å bli informert og til å velge selv (Brinchmann, 2012).

4 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere de aktuelle begrepene for oppgaven, som vil være bakgrunnen for diskusjonsdelen.

4.1 Brystkreft

Kvinner som får brystkreft oppdager gjerne ikke symptomer før diagnosen er stilt. Ofte vil hun oppleve seg selv som frisk, noe som kan gjøre det vanskelig å identifisere seg med sykdomsbildet (Myklebust, 2010). Når det oppstår kreft i brystkjertelens melkegang eller melkekjertler er det brystkreft (cancer mammae) vi snakker om. Det er genetiske forhold, forhold i fosterlivet og påvirkninger gjennom livet som kan medføre kreft, årsaken til cancer mammae er sammensatt. Når det oppstår celleforandringer hvor de normale cellene som kler melkegangene begynner å dele seg unormalt, og størrelsen på cellens kjerne øker men cellene holder seg på plass, kalles dette forstadium til kreft. Bryter cellene ned basalmembranen, vil det si at veksten er invasiv eller filtrerende og det er karakterisert som kreftceller (Schlichting, 2011, s.434). Risiko for å få brystkreft stiger med alderen og er særlig hyppig i tiden rundt menopausen og når kvinnen kommer i 60årene. Likevel forekommer brystkreft også hos yngre kvinner. At kvinnens bryst er i stadig endring gjennom hele livsforløper kan være en av årsakene til utvikling av brystkreft (Kåresen & Wist, 2012).

4.1.1 Symptomer

Det er stor variasjon i forløpet til brystkreft. Det kan være en tumor som vokser langsomt eller det kan være en veldig aggressiv sykdomsutvikling. Det er tumorens størrelse, spredning til lymfeknuter, differensieringsgrad, hormonreseptorstatus, alder og her-2-status som er avgjørende for hvor aggressiv sykdommen er. Ved en her-2-positiv svulst vil celledelingen skje raskere og derfor blir veksthastigheten større som igjen vil si større aggressivitet. Unge kvinner er ofte de som får de som får mer aggressiv tumor, da er det gjerne de selv som oppdager tumoren ved å kjenne en kul i brystet. Likevel er det sjeldent at brystkreft og forstadier gir symptomer før det har oppstått kul i brystet eller kreften har spredt seg til andre organer. Symptomer som ensidig inndratt brystvorte eller nyoppstått asymmetri av brystene er suspekt, hudforandringer som rødhet, eksem og appelsinhud kan forekomme. Smerter i brystene er et mer sjeldent symptom (Schlichting, 2011, s.435).

4.1.2 Diagnostikk

Trippeldiagnostikk benyttes på alle kvinner som har nyoppdaget kul eller forandring i brystet. Dette innebærer at det gjøres en klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og nålbiopsi. Dette foregår gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom kirurg, radiolog og patolog og det er nesten 100% sikkert i forhold til å oppdage kreft. Ved klinisk undersøkelse palperes brystet og regionale lymfeknuter i aksillen og på halsen. Det gjøres en subjektiv bedømmelse av brystets utseende hvor det sees blant annet etter hudforandringer og asymmetri. Ved bildediagnostikk benyttes i hovedsak mammografi og ultralyd. Mammografi er en røntgenundersøkelse som bygger på absorpsjonsforskjeller mellom fett-, kjertel og tumorvev. Ultralyd benyttes som et supplement til mammografi og er spesielt viktig der det er uavklarte mammografi- eller palpasjonsfunn, hvor det er vanskelig å vurdere mammografi eller hvor det er økt risiko for brystkreft (Schlichting, 2011, s.436).

4.1.3 Kirurgisk behandling

Kirurgi er primærbehandlingen for brystkreft og innebærer ofte et dagkirurgisk inngrep og vanligvis uten store senskader. Brystbevarende operasjon benyttes i hovedsak på tumorer under 4cm og er en av de mest benyttede formene for behandling. Denne formen for kirurgi krever 5-6 uker med etterbehandling av stråling. Fjerning av hele brystet, mastektomi benyttes hvis tumoren er større enn 4cm eller ved flere tumorer i samme bryst. Denne behandlingen gis også til kvinner som ønsker å redusere angst for tilbakefall eller vil unngå stråling. Aksilleoperasjon gjennomføres i tillegg til mastektomi eller brystbevarende operasjon for å diagnostisere en eventuell spredning til aksillære lymfeknuter (Schlichting, 2011).

4.1.4 Etterbehandling og bivirkninger

Systemisk etterbehandling benyttes for å øke helbredelsen ved kreftsykdom når det ikke er påvist metastaser. Ved brystkreft er det aktuelt å benytte strålebehandling, cytostatikabehandling, endokrin behandling og antistoffbehandling. Strålebehandling gis til alle som gjennomfører brystbevarende kirurgi og de fleste med spredning til lymfeknuter i aksillen, med mål om å få kontroll på sykdommen og økt overlevelse. Ved strålebehandling er det vanlig å oppleve sår hud og tretthet. Cytostatikabehandling gis uavhengig av hvilken kirurgisks fremgangsmåte som benyttes, det er karakteristika ved tumoren som avgjør hvem som skal behandles med cytostatika. Det benyttes ulike typer cytostatika som angriper hver sine prosesser i kreftcellene, som effektiviserer behandlingen. Hårfall oppleves av alle, men

bivirkninger som kvalme, brekninger og slitenhet er svært vanlig. Endokrin behandling som vil si en antihormonellbehandling kan ha en antitumoral virkning, da vekst av tumorceller styres av mange hormoner. Hos kvinner over 60år kan behandlingen være like effektiv som cytostatikabehandling og har vanligvis lite bivirkninger. Antistoffbehandling gis til kvinner som har fått påvist mye av tumormarkøren her-2 i tumoren, etter avsluttet cytostatika behandling. Behandlingen gis hver tredje uke i ett år og har vist å gi gode resultater, selv om mye her-2 innebærer dårlig prognose (Schlichting, 2011). Både kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling ved kreft gir bivirkninger. Bivirkninger kommer enten akutt og opptrer under og i tiden rett etter behandling, eller som seneffekt. Mens akutte bivirkninger avtar etter 3 - 6mnd etter avsluttet behandling, kan seneffektene vedvare eller oppstå flere måneder eller mange år etter behandling (Fosså, Hølmebakk, & Fosså, 2013).

4.2 Kreft relatert fatigue

Fatigue er et av de hyppigst forekommende bivirkningene hos kreftpasienter generelt og kan opptre i alle faser av kreftsykdommen (Fosså & Kiserud, 2013). Normannvik (udatert) opplyser på kreftforeningene sine sider at opp mot 90% opplever å bli trøtt og sliten i forbindelse med kreftsykdommen, men hos de fleste vil trettheten avta etter kreftbehandlingen er over. Samtidig sier han at det er mellom 10 og 30% som opplever at trettheten vedvarer over tid, opptil måneder og år. Normannvik (udatert) forklarer videre at fatigue innebærer at pasientene opplever et lavere energinivå enn hva de hadde før sykdommen inntraff. Fatigue er en bivirkning som oppstår i forbindelse med eller som en følge av behandling. En uønsket bivirkning som kan forklares som slapphet, trøtthet uten at det handler om å være søvnig, eller utmattelse. Fatigue er en subjektiv opplevelse, som kan være å kjenne mangel på energi, føle seg trøtt og sliten eller kjenne seg svak. Siden det ikke finnes noen objektive mål på fatigue, må pasienten vurderes gjennom intervju, spørreskjema og symptomkartlegging ved hjelp av gradering. NRS skala fra 0 - 10 er et verktøy som kan brukes for å se hvor sterkt pasienten opplever sine symptomer. Vedvarer fatigue i mer enn 6mnd etter behandling defineres dette som kronisk fatigue. Denne typen vil i liten eller ingen grad reduseres av hvile og har en negativ innvirkning på livsutfoldelse og livskvalitet hos kreftpasienter (Loge, 2013).

4.3 Ernæring

Helsedirektoratet (2011) sier at et sunt kosthold og fysisk aktivitet gir gode forutsetninger for god helse og er viktig for å kunne ha en god helse. Ved å spise sunt og være fysisk aktiv reduseres risikoen for sykdommer og tilstander som har en sammenheng med kosthold, fysisk aktivitet og stillesitting, deriblant flere former for kreft. Kostmønster og inntak av matvarer har betydning for utvikling av sykdom. Det er viktig å tilstrebe å ha et tilstrekkelig inntak av næringsstoffer og ha et variert kosthold, samtidig som det er essensielt at energiinntak og energiforbruk er lik null. Helsedirektoratet anbefaler et kosthold med lav energitetthet, som vil si et kosthold med mye grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og magre matvarer, da dette reduserer risikoen for vektøkning og overvekt (Helsedirektoratet, 2011).

Mange som diagnostiseres for brystkreft er overvektige, og det virker å være en klar økning i risikoen for tilbakefall av brystkreft etter behandling, når pasienten er overvektig. En vektreduksjon vil kunne minske risikoen for tilbakefall og komplikasjoner som lymfeødem (Bye, 2013). En generell anbefaling er å øke inntaket av grønn, bønner, frukt og bær, fisk og sjømat samt nøtter og frø. Samtidig begrense inntaket av fete meieriprodukter, mat og drikke med høyt innhold av sukker og bearbeidet kjøtt. Nøkkelhull merkede matvarer kan være et hjelpemiddel i hverdagen for å gjøre små og sunne tiltak i tråd med kostholdsrådene (Helsedirektoratet, 2011).

4.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet vil si å beveges seg og bruke kroppen, hvor energiforbruket er vesentlig høyere enn ved hvile. Begrepet er overordnet og omhandler blant annet fysisk arbeid, friluftsliv, mosjon og lek (Helsedirektoratet, 2011, s.11). Vår fysiske form er evnen vi har til å utføre fysisk aktivitet, som i helsereelatert form omhandler det evnen til å utføre daglige aktiviteter med overskudd. Samtidig vil en god fysisk form være forbundet med fysiologiske trekk som forbindes med lav risiko for utvikling av kroniske sykdommer og tilstander. Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er et viktig og veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av over 30 ulike diagnoser og tilstander. Helsedirektoratet (2011) sier at det er en overbevisende dokumentasjon om helsegevinster ved regelmessig fysisk aktivitet i alle aldersgrupper. Mennesker som er fysisk aktive har økt levetid og livskvalitet, sammenlignet med personer som er inaktive. Det er anbefales å redusere stillesittingen, som vil si å være fysisk hvilende. Som et minimum bør voksne være fysisk aktive i minst 2.5timer,

eller minst 75 minutter med høy intensitet hver uke. Ved ønske om ytterligere helsegevinst, anbefales det at voksne er i moderat fysisk aktivitet i inntil 5 timer, eller utfører minst 2.5 timer med høy intensitet i uken. Øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper, eksempelvis knebøy og armhevinger, bør utføres to eller flere ganger i uken, med styrkeøvelser som er individuelt tilpasset etter evne og hva helsen tillater (Helsedirektoratet, 2011).

4.5 Fysisk aktivitet og Fatigue

Fysisk aktivitet har vist seg å bedre pasientens fysiske funksjon, det er spesielt utholdenhetstrening som er utprøvd og virker å ha positiv effekt. Fysisk aktivitet eller trening bør foregå over flere måneder og være tilpasset slik at den enkelte kan gjennomføre hele treningsprogrammet uten å måtte avbryte eller oppleve symptomforverring over tid. I startfasen vil de fleste av pasienten ha nytte og glede av å trene sammen med kyndig personell (Loge J. H., 2013). I følge Thorsen og Gjersen (2013, s. 189) viser en studie at det er lavest risiko for tilbakefall av brystkreft hos kvinner som var aktive på et nivå som tilsvarer tre til fem timer i uka med turgåing. Etter at pasienten har vært fysisk aktiv bør det følges opp med hvile for å redusere følelsen av trøtthet. Regelmessighet vil trolig være det mest effektive tiltaket mot fatigue hos kreftpasienter (Loge, 2012).

4.6 Motiverende Intervju

«(...) Du har det du trenger og sammen skal vi finne det» (Hetteima, 2005, i Ivarsson, 2011). Motivasjon handler om menneskets drivkraft som gir retning til valg og atferd. I Motiverende intervju møtes man ansikt til ansikt hvor en hjelper utforsker motivasjonskreftene hos en annen, med hensikt å lede en person til å bestemme seg for å gå i retning av et bestemt resultat. Motiverende intervju (MI) en samtalem metode, en definerbar og avgrenset metode som benyttes i konsultasjoner. Der hvor hjelperen gir hjelp, rådgivning og støtte til pasienten som søker hjelp eller råd til en endring (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). MI tar utgangspunkt i at mennesket er ekspert i sitt eget liv og at de beste løsningene på egne problemer ligger i oss selv. En slik holdning krever at hjelperen er fordomsfri og viser respekt for pasientens autonomi og rett til selvbestemmelse. Gjennom å lytte, vise empati og interesse skal hjelperen

prøve å forstå pasientens problem, slik at de sammen kan skape en bevissthet rundt problemet. Når denne bevisstgjøringen er i gang vil hjelperens oppgave være å vise optimisme og tilro til pasientens evne til å kunne finne ut hva som er riktig for seg selv (Ivarsson, 2011). Alle de mestringsstrategier mennesker benytter, er til for at personen skal kunne finne mening og oppleve kontroll, både på de ytre og indre kravene man står ovenfor og på den måten bevare sitt selvbilde. Mestringsbegrepet handler om mening hvor personen skal føle seg deltakende i de prosessene som omfatter seg selv, for å få en opplevelse av sammenheng (Antonovsky 2012).

4.6.1 En MI - samtale

I en MI - samtale fokuserer hjelperen, som i dette tilfellet er sykepleieren, i hovedsak på åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Ved åpne spørsmål begynner sykepleierens spørsmål med spørreord som eksempel «hva». På den måten kan mottaker selv utvikle sitt svar og blir invitert til å dele egne opplevelser og tanker. Ved lukkede spørsmål som ofte begynner med et verb, eksempelvis har, skal og kan begrenses svaret. I MI benyttes en klientsentrert tilnærming hvor pasientens opplevelse er det viktigste og det fokuseres derfor på åpne spørsmål. Når pasienten deler av seg selv og sine tanker, skal sykepleieren speile tilbake hva som blir sagt. Dette kan gjøres mer eller mindre ordrett, eller det kan være å speile tilbake den underliggende meningen. Denne formen for refleksjon er viktig i MI-samtaler. Sykepleieren viser gjennom enkle refleksjoner at man følger med og oppmuntrer pasienten derfor til å fortsette samtalen. I mer komplekse refleksjoner lager sykepleieren hypoteser om hva det pasienten forteller egentlig kan bety, og inviterer pasienten til å få en økt egenforståelse. Underveis i samtalen er det nødvendig å samle trådene, dette kan gjøres som en oppsummering hvor det siste som har blitt sagt settes i sammenheng med resten av samtalen. Hensikten med en oppsummering er å gi oversikt og progresjon. Rytmen i MI-samtalen er gjenkjennelig. Gjennom åpne spørsmål finner vi ut hvilke tema vi skal snakke om. Ved å benytte refleksjon skapes bekreftelse, vi kan gå dypere inn i temaet eller snu litt på det vi har snakket om. I oppsummeringen ser vi på samtalen «utenifra og inn», slik at vi får oversikt og struktur i samtalen (Barth, Børtveit og Prescott, 2013).

4.6.2 Motivasjonsarbeid og relasjon mellom hjelper og pasient

Det er ikke uvanlig at pasienten kan være usikker i sin motivasjon og kanskje ha et annet mål enn sykepleieren i møtet. Sykepleieren kan oppleve usikkerheten som tvil og manglende samarbeid. Samtidig kan pasienten oppleve at sykepleieren har kommet lengre i prosessen med sin kompetanse og kanskje er for ivrig. For mye press fra sykepleieren kan gi pasienten en følelse av at hun ikke blir forstått. Når pasient og sykepleier ikke står side om side kan vi risikere manglende etterlevelse eller «compliance», som kan sees slik at pasienten ikke klarer å nyttiggjøre seg av helsehjelpen. Helsehjelpen blir ineffektiv fordi pasienten mangler kunnskap eller ikke er nok motivert nok, hvor hjelper kanskje opptrer for ivrig og skaper motstand i stedet for motivasjon. For kvinner som opplever fatigue etter brystkreft vil det være flere mulige områder å starte ved, som å spise sunnere, skape rutine i hverdagen eller være mer fysisk aktiv. Det er da viktig å finne et område som oppleves meningsfylt både for pasient og sykepleier, og starte der (Barth, Børtveit og Prescott, 2013).

5.0 Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju veilede til fysisk aktivitet, hos kvinner som opplever fatigue etter brystkreft?

Hver ellefte kvinne over 20år rammes av brystkreft i Norge (Schlichting, 2012, s.434). Brystkreft regnes som den hyppigste kreftformen som forekommer hos kvinner og av disse er det mange som opplever fatigue i større eller mindre grad (Loge, 2013). I studien utført av Humpel og Iverson (2010) kommer det frem at det er en større andel brystkreftoverlevende som rapporterte større plager med fatigue, enn prostatakreft-overlevende. Selv om denne studien bare er utført på to kreftformer, er det slik jeg ser det oppsiktsvekkende av det er flere brystkreftoverlevende som virker å være mer preget av fatigue. Loge (2013) forteller imidlertid at det ikke finnes en direkte behandlingsform for fatigue. For øvrig har det gjennom pasientens egenrapportering og objektive mål av fysisk funksjon vist at fysisk aktivitet har positiv effekt på fatigue (Loge, 2013 s. 113). Slik jeg forstår det er det med bakgrunn i disse rapporteringene nok grunnlag til å kunne fremme fysisk aktivitet gjennom motiverende intervju i møte med pasienter som opplever fatigue etter brystkreftbehandling.

5.1 Sykepleiers helsefremmende og veiledende funksjon

I Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer §2.1, sies det at sykepleie handler om å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). Min erfaring er at det på den ene siden kan det være hensiktsmessig å ha et patogenetisk syn i møte med pasienten, slik som ved akutt sykdom, hvor en må jobbe effektivt i forhold til sykdommen og symptomene. Da er det nødvendig å fokusere på sykdommen og forårsakende faktorer. På en annen side er det mer hensiktsmessig i et helsefremmende perspektiv å ikke se personen som frisk eller syk, men ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av helse. Pasientens subjektive opplevelse av helse vil kunne være styrende for hva og hvordan sykepleier bør møte pasienten i øyeblikket. Antonovsky (2012) forteller om hvordan mennesker som utsettes for stimuli håndterer dette ulikt. En person som klarer å finne begripelighet, som vil si å oppleve stimuli som kognitivt forståelig, sammenhengende og strukturert, vil i større grad ha en god helse enn en som opplever stimuli som støy. Støy kan være stimuli som oppleves som kaos, tilfeldig, uventet og uforståelig. Personer som forventer at stimuli i fremtiden vil være

forutsigbart, eller mulig å plasseres i en sammenheng og forklares om det kommer overraskende på, håndterer trolig krise bedre. Det handler om begripelighet og opplevelsen av sammenheng (Antonovsky, 2012). Det kan sees slik at pasienten som finner begripelighet i egen situasjon, kan oppleve egen helse som bedre enn om livet føles kaotisk. På bakgrunn av dette kan pasientens subjektive opplevelse sees som svært relevant. I følge Loge (2013) finnes det ikke et objektivt mål på fatigue, men at fatigue er pasientens egen subjektive opplevelse. Som sykepleier jobber vi ofte ut fra faglitteratur og forskning og mange kan oppleve det som trygt å støtte seg til litteraturen. Imidlertid er det i dette tilfellet nødvendig at sykepleier åpner opp for å møte pasienten med hennes egen forståelse av helse.

Etter min erfaring er det å forstå helsebegrepet nødvendig i forebyggende og helsefremmende arbeid. Selv om begrepet kan sees på flere måter vil det trolig i dette tilfellet være mest hensiktsmessig å legge mindre vekt på frisk og syk, men heller ha et mer helhetlig fokus på helse. Antonovsky (2012) bruker ikke ordet sykdom, men uhelse. Hans fokus er på det friske mennesket og de faktorene som fremmer helse, altså ressursene personen selv innehar. Dette stemmer overens med metoden motiverende intervju (MI), hvor det også fokuseres på ressursene hos den enkelte. I MI er pasienten aktivt deltagende, det er ingen som forteller henne hva hun skal gjøre. I stedet benytter sykepleieren råd og veiledning slik at pasienten selv skal kunne ta egne og aktive valg for sin fremtid (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). Denne måten å jobbe på lar pasienten selv være aktivt deltagende, som samsvarer med hvordan sykepleier skal legge til rette for mestring og håp som nevnt i §2.2 i de yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Veiledning er en viktig del av sykepleierens arbeidsoppgaver og som en del av sykepleierens helsefremmende rolle er det å gi tilpasset informasjon og formidle kunnskap nødvendig. Det er lovfestet i bruker- og pasientrettighetsloven §3-5 (2011), at informasjonen som blir gitt, gis på en hensynsfull måte og skal være tilpasset mottakeren. Om informasjonen ikke er tilpasset mottakeren kan det resultere i at pasienten ikke oppfatter budskapet og at helsehjelpen ikke når frem. Er derimot informasjonen og veiledning gitt på en tilstrekkelig måte får pasienten tilgang på kunnskap for å kunne fremme egen helse. I Yrkesetiske retningslinjer §2.4 skrives det om sykepleier som gjennom tilpasset informasjon skal gi pasienten mulighet til å ta selvstendige valg. Dette understøttes av autonomiprinsippet som handler om pasientens rett til å bli informert og velge selv (Brinchmann, 2012). Slik jeg ser det handler det om at sykepleier skal fremme informasjon og metoder som er hensiktsmessig for at pasienten selv kan fremme

egen helse. Det er derfor viktig at sykepleier oppdaterer seg på epikriser og er forberedt før møtet. I samværet burde sykepleier tilstrebe å gi støtte og veiledning, og samtidig være observant på pasientens reaksjoner under informasjon og veiledning. Ved å jobbe på denne måten kan det sies at sykepleier jobber for å fremme pasientens empowerment. Gjennom å være forberedt, gi tilpasset informasjon, være lyttende og observant på pasienten og pasientens reaksjoner, gir sykepleier makt til pasienten. Empowerment handler ifølge Askheim (2012) om å finne pasientens styrker og ressurser. Gammersvik og Alvsvåg (2009) sier at empowerment er en myndiggjøring av pasienten. På den ene siden kan myndiggjøringen oppleves overveldende. Det å motta ny informasjon og veiledning, for så og selv skulle ta store valg om egen fremtid. På den andre siden vil en slik myndiggjøring kunne fremme styrke og energi og også redusere stress og dermed gi følelse av motivasjon og mestring. Slik jeg ser det handler empowerment om mestring. Ved å myndiggjøre pasienten gjennom å fremme pasientens styrker og ressurser skaper vi også en arena for mestring. På samme tid kan empowerment også sees i sammenheng med hva Antonovsky (2012) kaller «coping», som vil si å finne begripelighet eller håndterbarhet i situasjonen. Myklebust (2010) sier at kvinner som får brystkreft gjerne ikke oppdager symptomer før diagnosen blir stilt. Kvinnen opplever seg selv som frisk og kan derfor synes det er vanskelig å identifisere seg med sykdommen. Bøhle (2013) forteller at når hun fikk diagnosen brystkreft spurte hun seg selv om hvorfor hun var blitt syk, og om det var genetisk eller livsstilen hennes som hadde påført henne sykdommen. Samtidig kjente Bøhle på at hun nå hadde mindre som førte til at hun ble mer tidsbevisst og gjorde tiden til «sin». Jeg opplever at Bøhle prøvde å finne begripelighet i sin situasjon, samtidig som hun tar grep om egen tid. Jeg tror det er nødvendig å være myndiggjort for å kunne oppleve mestring og begripelighet, som helsepersonell vil det si å ikke ta ansvar fra pasienten, men å ta ansvar for å styrke den andre til å kunne mestre små og store hendelser i livet.

5.2 Fatigue, fysisk aktivitet og ernæring

I følge Thorsen og Gjerset (2013) er kreftoverlevende anbefalt å følge de generelle rådene for helsemyndighetene når det kommer til fysisk aktivitet. Helsedirektoratet (2011) sier at sunt kosthold og fysisk aktivitet i hverdagen gir gode forutsetninger for god helse og reduserer risikoen for sykdom, deriblant flere former for kreft. Min erfaring tilsier at selv om vi vet at sunt kosthold og fysisk aktivitet er bra for oss, kan det likevel være vanskelig å gjennomføre.

Det kan blant annet være tidsklemma som bytter ut middagen med en sjokolade eller manglende kunnskap som gjør det vanskelig å velge riktig. Helsedirektoratets (2011) anbefaling er minst 2.5 timer moderat aktivitet eller minst 75 minutter med høy intensitet hver uke. Anbefalingen sier at treningen bør bestå av kondisjonsøvelser, samt at det minst to ganger i uken bør være øvelser som gir økt muskelstyrke i de store muskelgruppene. Denne anbefalingen samsvarer med studien til Speck, Courneya, Mâsse og Schmitz (2010) som viser til at fysisk aktivitet etter behandling av kreft har stor effekt på over og underkroppsstyrke. Ut i fra min erfaring innebærer 2.5 time med fysisk aktivitet at vi må sette av tid, altså det må planlegges og prioriteres. En slik endring krever ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) motivasjon til endring og tilrettelegging i hverdagen. Dette tydeliggjøres også i studien til Olson, Mullen, Rogers, Courneya, Verhulst og McAuley (2014), hvor det kom frem at fatigue oppleves som en barriere for fysisk aktivitet hos brystkreftoverlevende og at de med en mindre utpreget fatigue hadde et naturlig høyere aktivitetsnivå.

Ved fatigue opplever pasienten en uønsket forandring i kroppen, hvor hun kan kjenne mangel på energi, føle seg trøtt og sliten eller kjenne seg svak. Altså har kroppen et lavere energinivå enn før hun fikk brystkreft (Loge, 2013). Imidlertid har fysisk aktivitet ifølge Loge (2013) vist seg å bedre pasientens fysiske funksjon. Dette samsvarer med Speck, Courneya, Mâsse og Schmitz (2010) sin studie som viste at fysisk aktivitet gav moderat effekt på fatigue og brystkreftspesifikke problemer. Olson mfl. (2014) sin studie viste at fysisk aktivitet med utgangspunkt i et treningsprogram gav bedre helse og mindre fatigue etter en periode på 6 mnd. Også Humpel og Iverson (2010) sin studie viser til tilsvarende funn i sin forskning, hvor deltagere som rapporterte at de ikke var fysisk aktiv hadde betydelige mer utpreget fatigue enn de som rapporterte høy fysisk aktivitet. Bøhle (2013) forteller at hun alltid har vært opptatt av å kosthold og det å være aktiv og holde seg i form. Når hun ble kreftsyk ble det dette som hjalp henne å holde balansen i situasjonen. For Bøhle var fysisk aktivitet allerede en del av hverdagen før hun ble syk. Ut i fra erfaring vil det for en pasient som imidlertid ikke er fysisk aktiv eller opptatt av kosthold i forkant av sykdommen, trolig innebære en mye større innsats og viljestyrke til å gjennomføre en endring i hverdagen. Speck, Courneya, Mâsse og Schmitz (2010) sier forøvrig i sin studie at tidspunktet for når fysisk aktivitet fremmes kan ha en påvirkning av effekten av en av fysisk aktivitet intervensjon, hos kreftoverlevende. Slik jeg tolker det må sykepleier både ta hensyn til hva pasienten hadde som utgangspunkt før sykdommen, men også se hvor hun er i prosessen med tanke på om hun er klar for budskapet som formidles. Her kan det å se på graden av

motivasjon være et godt hjelpemiddel. Det handler om hvorvidt pasienten vil bli bedre på ernæring og fysisk aktivitet og om hun tror at hun kan. Hennes ønske og evne til å gjennomføre er sentralt når sykepleier spør om pasienten kan plassere sin motivasjon på en skala fra 0-10. Når pasienten har plassert sin motivasjon kan bearbeidingen begynne (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Ut i fra egen erfaring er informasjonen som blir gitt til pasienten en svært viktig del av bearbeidingen. For mange kreftoverlevende kan det at de er utsatt for risiko for å få andre livsstilssykdommer, bidra til motivasjon til å bli mer fysisk aktiv (Thorsen & Gjerset, 2013). Sykepleier kan informere pasienter om at en vektreduksjon hos overvektige, eller det å hindre vektøkning kan minske risikoen for tilbakefall av kreften og komplikasjoner som lymfeødem (Bye, 2013). Videre anser jeg det som viktig å gi pasienten de «verktøyene» som trengs for å kunne hindre en vektøkning eller fremme en vektreduksjon.

Helsedirektoratet sin (2011) generelle anbefaling er å øke inntaket av grønnsaker, bønner, frukt og bær, fisk og sjømat samt nøtter og frø. Min erfaring fra praksis er at for noen pasienter kan en generell anbefaling være god nok, hos andre pasienter kan det derimot være nødvendig å gå mer inn på hva slags produkter og oppskrifter som er aktuelle. Thorsen og Gjerset (2013) sier at mange pasienter på den ene siden kan oppleve å få for generelle råd, mens på den andre siden kan rådene bli for spesifikke og pasienten opplever at de ikke passer for seg.

Kosthold og fysisk aktivitet bør tilpasses individuelt, hvor pasienten kan gjennomføre hele programmet uten å måtte avbryte midtveis eller få symptomforverring i etterkant av treningen. Hvis det skulle skje at pasientens blir utmattet av for krevende aktiviteter, kan det være like nedbrytende som fatigue i seg selv er (Loge, 2013). Vi kan se fysisk aktivitet og restitusjon i sammenheng. Pasienten er anbefalt å hvile etter trening, men det er ikke anbefalt å sove da det å opprettholde en jevn døgnrytme er nødvendig for å redusere fatigue (Loge, 2012). Jeg forstår det slik at jeg som sykepleier hele veien må ha fokus på individet og den enkeltes behov. Sykepleier kan fremme fysisk aktivitet gjennom veiledning og refleksjon i samtale med pasienten og ut i fra pasientens behov jobbe frem løsninger som passer den enkelte.

5.3 Motiverende intervju som verktøy

Motivasjon er sentralt i motiverende intervju (MI) og kan sees som menneskelig drivkraft. Det er motivasjonen som gir retning til adferden og valgene en tar (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Slik jeg forstår det er motivasjon den faktoren som skaper energi i prosessen og helt nødvendig i MI, hvor samtalen skal lede til at pasienten bestemmer seg for og beveger seg i retning av et resultat (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013, s. 13). I starten av samtalen må sykepleier utforske pasientens motivasjon, å prøve og besvare pasientens spørsmål på hvorfor hun bør være mer fysisk aktiv. Som Barth, Børtveit og Prescott (2013) peker på må usikkerheten rundt motivasjonen være åpen. Om sykepleier ikke klarer å lage plass for den usikre motivasjonen kan det resultere i at det blir fordekt og vi går inn i et endringsarbeid uten klar motivasjon. Om sykepleier derimot er åpen for usikkerheten, kan motivasjonen bli mer tydelig for pasienten og «hvorfor» blir endret til «hvordan skal jeg kunne gjøre en endring?» (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Min erfaring tilsier at det er pasientens tanker og følelser som er med og skaper motivasjon og dermed gir endring. Dette understøttes av Jenssen (2015) sier at en endring må skje med pasienten som aktivt deltakende, og at motivasjonen ligger i selvbestemmelse. Også Ivarsson (2011) bekrefter dette når han sier at motiverende intervju tar utgangspunkt i at det er mennesket selv som er eksperten i eget liv.

Sykepleieren møter pasienten i poliklinikk, til planlagt tidspunkt og i et begrenset tidsrom. I det øyeblikket pasienten kommer inn er det essensielt at sykepleier klarer å skape en god relasjon. Tveiten (2013) sier at det å skape trygghet i relasjonen er nødvendig for å gjøre plass for erkjennelser og for å sette i gang en refleksjon. På en annen side kan en trygg relasjon være et hinder for erkjennelser og refleksjon (Tveiten, 2013). Slik jeg tolker Tveiten (2013) må sykepleier være omsorgsfull og imøtekommende på en profesjonell måte. Slik at det er klare linjer, hvor tryggheten ligger hos sykepleieren som i regi av sin profesjon er veileder. Sykepleieren skal gjennom å lytte, vise empati og interesse forsøke å forstå pasientens problem, med fokus på å skape bevissthet rundt problemet (Larsson, 2011). Opptre helsepersonellet derimot belærende kan pasienten vise motvilje og det blir vanskelig å skape en bevissthet rundt problemet. Dette samsvarer med funnene Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) gjorde i sin forskning, hvor motivasjonen til en livsstilsendring er avhengig av hvordan helsepersonellet møter pasienten. Informantene som hadde opplevd at de ble sett og forstått hadde blitt mer positivt innstilt til trening og følte de strakk seg lengre.

Videre ble det fortalt at om de opplevde å bli møtt med en «pekefinger», hvor helsepersonellet ble opplevd som belærende og med lite forståelse, førte til forsvarsposisjon og motvilje mot læring hos mottaker. Slik jeg opplever funnene er det synlig at sykepleier må som Ivarsson (2011) sier ha tiltro til pasientens egen evne til å finne ut hva som er riktig for en selv.

Når kvinnen kommer til poliklinikken er hun forberedt på å snakke om sin fatigue, fysisk aktivitet og ernæring. Gjennom motiverende intervju skal sykepleier hjelpe kvinnen til å finne sin motivasjon for en endring. Barth, Børtveit og Prescott (2013) sier at en slik samtale om endring kan oppleves vanskelig og ubehagelig. Samtalen vil kunne dreie seg om noe i pasientens liv som ikke er bra, slik som at hun er for lite aktiv, og det er da viktig at sykepleier bekrefter at hun er god nok, verdifull og viktig. Det er imidlertid ikke uvanlig at pasienten kan være usikker i sin motivasjon og kanskje ha et annet mål enn sykepleieren i møtet (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Jeg støtter meg til Tveiten (2013) når hun sier at det er vesentlig å gi den enkelte ansvar for seg selv og sine handlinger, og i det ligger det frihet til å gjøre valg. Jeg tror det er viktig at sykepleier har tillit til sin kompetanse og pasientens vekstmuligheter og at veiledningen handler som Tveiten (2013) sier om bevisstgjøring og refleksjon. Når bevisstgjøringen er i gang, vil sykepleierens rolle være å vise optimisme og tiltro til pasientens evne til å kunne finne ut av hva som er riktig for seg selv (Ivarsson, 2011). I Motiverende intervju er samtalen rettet mot pasienten, det er pasientens opplevelse som er det viktigste og sykepleier må ha fokus på å stille åpne spørsmål. Dette gir pasienten mulighet til å utvikle sitt eget svar og dele av egne opplevelser og tanker. Spør sykepleieren derimot lukkede spørsmål, slik som «har du trent denne uken?», vil svaret bli kort og begrenset. Et åpent spørsmål kan være «hvordan har det gått denne uken?». Det åpner for at pasienten kan fortelle med egne ord om hun har trent eller ikke og eventuelt hvordan hun har opplevd det (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Tveiten (2013) snakker om gode spørsmål som de spørsmålene som bidrar til refleksjon, oppdagelse og bevisstgjøring. På den ene siden kan åpne spørsmål stimulere til refleksjon og bevisstgjøring. På den andre siden kan et hvorfor-spørsmål være så vanskelig å svare på at det skaper skyld hos pasienten (Tveiten, 2013). Slik jeg forstår det må spørsmålsformuleringen tilpasset kontekst, hvor i samtalen er vi og hvordan responderer pasienten på spørsmålene som blir stilt. Noen ganger kan også ledende spørsmål føre til oppdagelser og bevisstgjøring på områder som enda ikke er kjent for pasienten (Tveiten, 2013).

Uavhengig av hvor bra fysisk aktivitet er, vil pasienten kunne kjenne på sin egen ambivalens når det kommer til en endring i hverdagen. Fysisk aktivitet vil på den ene siden med tid kunne bedre opplevelsen av fatigue og bedre helsen. På den andre siden kan det være veldig krevende og gå en lengre tur eller gjøre andre aktiviteter. Ambivalens vil si at det er to sider av en sak, slik som i eksempelet hvor det er to motstridene følelser, om det å være fysisk aktiv (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Motiverende intervju beskrives av Barth, Børtveit og Prescott (2013, s.78) som en klientsentrert og målrettet metode som har til hensikt å styrke den indre motivasjonen for endring, gjennom det å utforske og løse opp i ambivalensen. Ofte vil det være hensiktsmessig å sortere det positive og det negative fra hverandre, for å skape en oversikt over følelser og tanker rundt fysisk aktivitet (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Når pasienten er ambivalent kan det være nyttig å gjøre en oppsummering. Eksempelvis kan pasienten si «jeg har tenkt på å begynne å være mer fysisk aktiv og spise sunt. Jeg har jo hørt at det skal hjelpe på at jeg føler meg så trøtt og sliten hele tiden. Men jeg føler det tar så mye energi og så er det mye mer fristende å gå på kafé med venninner når jeg først føler meg i litt grei form. Og da blir det også vanskelig å nekte seg noe godt å spise, selv om jeg vet at det ikke er bra for meg om jeg legger på meg mer.» Sykepleieren kan møte pasienten med en nøytral oppsummering hvor hun leser tilbake akkurat det pasienten selv sier, på den andre siden kan hun velge å legge vekt på pasientens endringssnakk. «Når du tenker over hvordan du forholder deg til helsen din, så er det ting du ikke kjenner deg helt komfortabel med. Slik som at du vet du kunne hatt godt av å være mer fysisk aktiv og at kostholdet ditt er litt ubalansert og at du får i deg for mye sukker. Du vet at sunt kosthold og fysisk aktivitet kan være bra med tanke på fatigue og nå leter du etter en måte å kombinere rådene med andre verdier i livet ditt.» Ved den nøytrale oppsummeringen vil pasienten kunne kjenne seg forstått og bekreftet. Samtidig kan sykepleier risikere at den nøytrale oppsummeringen ikke driver samtalen fremover, i retning av en endring. En oppsummering med fokus på endringssnakk vil kunne gjøre at pasienten føler seg litt mindre forstått og bekreftet. På en annen side vil pasienten bli utfordret og samtalen vil kunne drives mer mot en endring. Sykepleier må imidlertid være oppmerksom på å ikke bli for konfronterende, da det kan gjøre at pasienten ikke kjenner seg igjen og som igjen kan føre til motstand (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013).

Når en endringsprosess er i gang vil pasienten etter hvert nærme seg en beslutningstaking. I MI er det å ta forpliktende beslutninger et viktig punkt. Pasientens opplevelse av å «bestemme seg» kan utgjøre en symbolsk verdi for henne. Sykepleiers oppgave vil være å forsterke beslutningen, slik at pasienten kan vende oppmerksomheten fra motivasjon til gjennomføring

av endringen (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). Slik jeg forstår det er det viktig at sykepleier må være tålmodig i denne prosessen. Ved å bli for ivrig vil sykepleier kunne presse frem en avgjørelse som vil kunne oppleves mindre gjeldende og viktig for pasienten. Som igjen kan føre til at endringen ikke vedvarer. Er sykepleier derimot avventende og lar beslutning tas av pasienten og på pasientens premisser, vil opplevelsen av å ha gjort en endring kunne skape mestring hos pasienten og på den måten skape en vedvarende endring.

6 Konklusjon

Gjennom hele sykepleierstudiet har jeg vært opptatt av at sykepleieren kan legge større vekt på fysisk aktivitet som en del av behandlingsfokus. Jeg har observert mange mennesker som er preget av å ha dårlig kosthold og av å være for lite aktiv i sin hverdag. Kreft er utbredt og forskning viser til at risikoen for kreft og tilbakefall av kreft, øker ved overvekt. En hyppig og svært uønsket bivirkning hos kreftpasienter og kreftoverlevende er fatigue. Fatigue gjør det vanskelig for pasientene å finne tilbake til sine egne liv, da de ofte føler seg trøtte, slitne og uten energi.

*«Kroppen føles ukjent,
Den vil liksom ikke helt.
Det er som den er sliten,
Som om hode & kropp er delt»*

Forskning på fatigue og fysisk aktivitet er noe mangelfull og slik jeg ser det er det nødvendig med mer spesifikk forskning på eksempelvis hva slags fysisk aktivitet og hvor stor mengde det bør utøves. Likevel viser forskningen tydelig at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på fatigue. Jeg ønsket med bakgrunn i dette, å se nærmere på hvordan fremme fysisk aktivitet. Gjennom psykiatri praksis ble jeg presentert for motiverende intervju (MI). I en MI-samtale er hensikten er å lede til at pasienten bestemmer seg for og beveger seg i retning av et resultat. Det er pasientens motivasjon som er drivkraften og retningsbestemmende. MI som metode appellerer til meg da den fokuserer på ressursene i den enkelte, som er et helsefremmende tankesett. Samtidig er det fokus på maktoverføring hvor pasienten myndiggjøres. Jeg opplever at metoden ivaretar og fokuserer både på pasientens autonomi og hvordan sykepleier kan styrke pasientens empowerment. Det krever mye å bli god på metoden, den må studeres og praktiseres for at sykepleieren skal kunne benytte MI aktivt i sin arbeidshverdag. Samtidig stiller det krav til sykepleier å skulle utforske motivasjonen hos pasienten. Selv om pasienten er klar over den positive effekten av fysisk aktivitet og ernæring, vil det kunne oppleves som krevende å gjøre en endring. Selv små endringer i hverdagen kan være krevende fordi vi etter min erfaring ofte har faste rutiner som preger dagene våre. Som sykepleier i møte med pasienten er hverdagen ofte preget av tiden. Likevel ser jeg at det vil kunne være hensiktsmessig å utdanne en eller flere sykepleiere på MI i en avdeling. Jo høyere

kompetanse sykepleier har på hvordan møte pasienten og fremme endringsnakk, jo mer effektivt vil pasienten kunne finne frem til egen motivasjon.

*«Rekker du meg hånden,
Så vi sammen kan finne vei.
Jeg må sortere mine tanker,
For motivasjonen bor i meg!»*

Referanser

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium, Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse - og sosialfaglig arbeid, Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barth, T. (2014). *Motiverende Intervju: hvorfor og hvordan benytte denne samtaleteknikken?*
Hentet fra Forebygging.no: <http://forebygging.no/Artikler/2014-2012/Motiverende-Intervju-hvorfor-og-hvordan-benytte-den-samtaleteknikken/>
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende Intervju, Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borge, L., Christiansen, B., & Fagermoe, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*, ss. 16-22.
doi:104220/sykepleienf.2012.0024
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk - Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (ss. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bye, A. (2013). Ernæring - mat og drikke. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså, C. E. Kiserud, & (red.), *Kreftoverlevende, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (ss. 197-209). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøhle, S. (2013). *Diagnose: Brystkreft, om egne valg og livskvalitet*. Oslo: Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgave-skriving for studenter*. Oslo: Gyldendag Norsk Forlag.

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra Lovdata.no:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folkehelseloven. (2011). *paragraf 1. Lovens formål*. Hentet fra Lovdata.no:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fosså, A., Hølmekbakk, T., & Fosså, S. D. (2013). En oversikt over kreftbehandling. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså, C. E. Kiserud, & (red.), *Kreftoverlevne, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (ss. 27-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fosså, S. D., & Kiserud, C. E. (2012). Medisinske problemer hos kreftoverlevne. I A. A. J. H. Loge, *Kreftoverlevne, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (s. kapittel 3). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. G. (red.), *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (s. kap. 5). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gammersvik, Å., & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, ss. 18-29. Hentet 03 10, 16 fra
<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/article/view/237/227>
- Helsedirektoratet. (2011). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, Rapport IS 2170*. Hentet fra helsedirektoratet.no:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ertering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, Rapport IS: 2170*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Status for samhandlingsreformen, Forvaltningsmessig følge med rapport*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/166/Status-for-samhandlingsreformen-forvaltningsmessig-folge-med-rapport-fra-helsedirektoratet-2014-IS-2234.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Samhandlingsreformen*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helsepersonelloven. (1999). *kapittel 2. Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse*. Hentet fra

Lovdata.no: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Henriksen, S. G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleie. I Å. G.

(red.), *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (ss. 57-76). Bergen:

Fagbokforlaget.

Ivarsson, B. H. (2011). *MI Motiverende intervju, praktisk bok for helse -og omsorgssektoren* .

Stockholm: Gothia Forlag AB.

Jenssen, K. (2015). *Pasientopplæring, Pedagogisk teori og metode*. Oslo: Diaped.

Kåresen, R. o. (2012). Svulster i mammae. I R. o. Kåresen, *Kreftsykdommer-en basisbok for*

helsepersonell (ss. 316-340). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. G. (red.), *Helsefremmende*

sykepleie i teori og praksis (ss. 45-56). Bergen: Fagbokforlaget.

Loge , J. (2012, 02 11). *Trøtthetsfølelse (fatigue) før, under og etter kreftbehandling*. Hentet

fra oncolex.no:

[http://oncolex.no/Bryst/Prosedyrekatolog/OPPFOLGING/Fatigue.aspx?lg=procedure
&chapter=1](http://oncolex.no/Bryst/Prosedyrekatolog/OPPFOLGING/Fatigue.aspx?lg=procedure&chapter=1)

Loge, J. H. (2013). Fatigue (trøtthetsfølelse) og depresjon. I A. A. J. H. Loge, *Kreftoverlevne, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (ss. 109-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Myklebust, E. o. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & (red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 439-453). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Normannvik, E. (udatert). *Tretthet og utmattelse/fatigue*. Hentet fra kreftforeningen.no:

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/seneffekt/fatigue-tretthet/>

Norsk, S. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Hentet fra

nsf.no: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Norsk, S. (2014). *NSFs politiske plattform for folkehelse 2013-2016*. Hentet fra nsf.no:

https://www.nsf.no/www/artikkelside/print?p_document_id=2187312

Olsson, H. o. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitativeperspektiver*. Oslo:

Gyldendale Norske Forlag.

Oslon, E. A., Mullen, S. P., Rogers, L. Q., courneya, K. S., & Mcauley, E. (2014). Meeting

physical activity guidelines in rural breast cancer survivors. *American journal of*

health behavior, ss. 890-899. doi:<http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.38.6.11>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient -og brukerrettigheter*. Hentet fra

Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, K. R. (2012). Hvordan gi god pasientveiledning? Sykepleierne trenger tid og

opplæring for å ivareta pasientens behov for informasjon og veiledning. *sykepleien*, ss.

52-54. doi:10.4220/sykepleiens.2012.0070

- Roessler, K., Ibsen, B., Saltin, B., & Sørensen, J. (2007). *Fysisk aktivitet som behandling, Motion og Kost på Recept*. København: Syddansk universitetsforlag. Hentet fra http://static.sdu.dk/mediafiles/Files/Om_SDU/Centre/C_isc/MKpR2007_rapport.pdf
- Schlichting, E. (2011). Sykdommer i brystene. I J. M.-G. S. Ørn, *Sykdom og behandling* (ss. 431-442). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm.
- Thorsen, L., & Gjerset, G. M. (2013). Livsstil: Fysisk aktivitet og røykeslutt. I J. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså, & C. E. Kiserud (red.), *Kreftoverlevne, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (ss. 184-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning - mer enn ord ...* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1. Litteratur matrise

| Forfatter Publiserings år Tidsskrift | Tittel | Hensikt og Metode | Respondenter | Hovedfunn/ resultat | Kvalitetsvurdering Og Forskningens begrensninger | Anbefalt videre forskning | Anbefalt praksis |
|---|--|--|---|---|---|---|---|
| Speck R. M., Courneya K. S., Måsse L. C., Schmitz K. H., 2010, Journal of Cancer Survivorship | An update of controlled physical activity trials in cancer survivors : a systematic review and meta- analysis | Kvantitativ litteratur studie. Evaluerer I hvilken grad fysisk aktivitet under og etter behandling er passende og effektivt, generelt i kontroll- tiden av kreften. | 82 studier ble sammenfattet, hvorav 60 studier svarte til kriteriene og ble evaluert i studien. Søk etter studier inkluderte blant annet databasesøk, referanselister av relevante artikler og litteraturstudie r, filer og prosjekter. | Stor effekt av fysisk aktivitet (F.A.) etter behandling på over og underkroppens styrke. Moderat effekt av F.A. på fatigue og brystkreftspesifikke problemer. Liten til moderat effekt ble sett av F.A. under behandlingen ved bruk av aerobic og styrketrening på funksjonell livskvalitet, selvfølelse og angst. Med få unntak var treningen godt tolerert under og etter behandlingen uten bivirkninger. | Fagfelle- vurdert tidsskrift Variasjon i tids- punktet på F.A. intervensjo- n, type kreft og behandling kan ha påvirkning på effekten av F.A. intervensjo- n hos kreftoverle- vne. Reviewen har ikke tatt hensyn til om studiene som er benyttet | På grunn a den økende veksten av litteratur, bør fremtidige studier se på potensiell e moderator er ved effekten av intervensj- onene på resultaten e og kreftrelate rt fatigue. | Det er mange resultat hvor det har vært for få studier for å dra en konklusjo- n |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|---|---|
| | | | | | kan vær partiske. | | |
| Humpel, N., Iverson, D. C. 2010, European Journal of Cancer Care | Sleep quality, fatigue and physical activity following a cancer diagnosis | En kvantitativ studie hvor det ble benyttet tilsendte spørreskjema Hensikten med oppgaven var å utforske om det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet (F.A.), søvnproblematikk, fatigue og vanlige bivirkninger | 32 bryst -og 59 prostatakreft overlevende. 65% hadde mottatt en kombinasjon av behandling, inkludert operasjon, stråling og cellegift. Alle hadde fått diagnosen for mellom 10mnd og ett år siden. | <ul style="list-style-type: none"> • En større andel brystkreft overlevende rapporterte større plager med fatigue, enn prostatakreft-overlevende. • Deltagere som rapporterte at de ikke var F.A. hadde betydelige mer utpreget fatigue enn de som rapporterte høy grad av F.A. • Funnene kan utgjør en forskjell for å forbedre livskvalitet, fordi dårlig søvn var assosiert med mer fatigue. Regelmessig fysisk aktivitet virker å være lovende for å kunne lette disse problemene. | Fagfelleverdert tidsskrift En begrensning i studien er at ved selvrapping kan resultatene preges av under- eller over rapportering. | Forholdet mellom søvnproblemer og fysisk aktivitet blant kreftoverlevende burde undersøkes i konteksten av en klinisk utprøving hvor nivået av fysisk aktivitet varierer. | Motivere kreftoverlevende til å begynne med eller øke nivået av fysisk aktivitet burde bli en del av fremtidig behandling og pågående rehabilitering. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---|
| <p>Olson, E. A., Mullen, S. P., Rogers, L. Q., Courneya, K. S., Verhulst, S., McAuley, E.</p> <p>2014, American journal of health behavior</p> | <p>Meeting physical activity guidelines in rural breast cancer survivors</p> | <p>Dette er en kvantitativ studie hvor det ble benyttet en mailbasert undersøkelse</p> <p>Hensikten med studien er å undersøke Hvordan tilrettelegging av sosiale og kognitive sammenkomster møter anbefalingene om fysisk aktivitet hos brystkreftoverlevende utenfor tettbebygde strøk</p> | <p>Det ble sendt ut informasjon til 1598 brystkreftoverlevende, hvorav 560 valgte å registrere sin informasjon for videre studie. 86% av disse returnerte utfylt undersøkelse. Totalt 483brystkreftoverlevende kvinner deltok.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 19.2% av kvinnene møtte anbefalingen om fysisk aktivitet (150min/uke) • Fatigue oppleves som en barriere for fysisk aktivitet hos brystkreftoverlevende • De med en mindre utpreget fatigue hadde et naturlig høyere aktivitetsnivå • Etter deltakelse i treningsprogram ble det innrapportert bedre helse og mindre fatigue etter 6mnd periode. • Brystkreftpasienter utenfor storbyer har behov for annen tilrettelegging enn de i urbane miljøer pga. færre tilbud | <p>Det er benyttet selvrapping som kan føre til over eller underrapportering</p> <p>Fysisk aktivitet kan forstås ulikt, som kan skape variasjon i svarene</p> | <p>Målrettet benytte mestringsfølelse, sosial læring, overtalelse og tolkning av fysiologiske og psykologiske tilstander.</p> <p>Bruke mestringsfølelse målrettet igjennom å skape et nytt perspektiv av fatigue. Styrke sosial støtte og undervise slik at Pasienten kan dra nytte av fysisk aktivitet</p> |
|--|--|--|--|---|---|---|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>som eks. svømmebasseng, sykkelstier o.l.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglet på helsesentre og aktive miljøer, krever moralsk og sosial støtte for de i suburbane strøk, sosiale medier kan være et alternativ. | | <p>som er tilgjengelig i nærmiljøet.</p> <p>Skape en multimedia plattform for å nå pasienter i distriktet</p> <p>Fysisk aktivitet på resept, hvor vanskelighetsgraden (tid og intensitet) økes gradvis, unngå forverring av fatigue.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|