



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Cytostatikainduisert kvalme hos brystkreftrammede
kvinner

Chemotherapy - induced nausea to women with breast
cancer

Ragnhild Høseth, Siri Haugen og Mariann Vågen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 55

Molde, 7 mai 2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Cytostatikainduisert kvalme til brystkreftrammede kvinner

Tittel på engelsk: Chemotherapy- induced nausea to breast cancer patients

Forfatter(e): Ragnhild Hoseth, Siri Haugen og Mariann Vågen

Fagkode: SAE00 Sykepleie

Studiepoeng: 15

Årstall: 2010

Veileder: Hans Inderhaug

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 7.Mai 2010

Antall ord: 11 985

Sammendrag

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner. 60 % av kvinner som blir behandlet med cytostatika opplever kvalme som bivirkning, og det er den bivirkningen som i størst grad bidrar til reduksjon av livskvalitet. Pasientenes opplevelse av kvalme blir ofte undervurdert, og kan være en utfordring for sykepleiere. Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse opplevelsen av cytostatikainduisert kvalme hos kvinner med brystkreft, og undersøke hvordan sykepleiere ved å forebygge og lindre cytostatikainduisert kvalme kan bidra til økt livskvalitet hos disse pasientene. Totalt inkluderer denne studien 13 forskningsartikler. Resultatet viser at kvalmeopplevelsen er subjektiv, og at pasientenes forventinger på forhånd hadde en stor betydning for utfallet. Pasientene lærte seg mestringsstrategier, som gav de bedre kontroll over kvalmen. Dette sammen med god informasjon fra sykepleiere var med på å øke pasientenes livskvalitet. Lydbånd var et nyttig hjelpemiddel. Alternative metoder som akupressur og avslapningsteknikker er andre metoder som har vist seg å kunne redusere cytostatikainduisert kvalme. Medikamentell behandling er en viktig del i forebyggingen og lindringen av kvalme. Konklusjonen er at tiltak må ta utgangspunkt i hver enkelt pasient. Sykepleiere må kunne vurdere pasientenes individuelle opplevelser av kvalme. Ved hjelp av kvalmeskalaer, dagbøker og intervju kan sykepleiere samle viktig pasientinformasjon som kan være nyttig i utarbeidingen av individuelle strategier.

Nøkkelord: Brystkreft, kjemoterapi, kvalme, livskvalitet, pasientopplevelse

Abstract

Breast cancer is the most common type of cancer in women. 60 percent of the women who goes through chemotherapy, experience nausea as a side-effect, which in most cases can reduce quality of life. The patients' experience of nausea is often underestimated, and can be a challenge for nurses. The purpose of this literature study was to illustrate the experience of chemotherapy induced nausea on women with breast cancer, and to explain how nurses can prevent and heal chemotherapy induced nausea and make the quality of life better for the patients. This study includes a total of 13 research articles. The result shows a subjective experience of nausea, and that the patients' pre - expectations had a big effect on the result. The patients learned that their own strategy of achievement resulted in better control of the nausea. Together with good information from nurses, this was a method to increase the patients' quality of life. Also the tape recorder was a useful tool. Alternative methods such as acupressure and techniques of relaxation can reduce the nausea. Medical treatment is an important part in the prevention and relief of nausea. The conclusion is that interventions must be based on each individual patient. Nurses have to be able to evaluate the patients' individual experience of nausea. With the help of scales of nausea, the diaries and interviews can gather important information which can be very useful in building individual strategies.

Keywords: Breast cancer, chemotherapy, nausea, quality of life, patient experience

Innhold

Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
1.0 Innledning.....	1
1.1 Hensikt.....	2
1.2 Problemstillinger.....	2
2.0 Bakgrunn.....	3
2.1 Brystkreft.....	3
2.2 Hva er cytostatika?.....	4
2.3 Cytostatikainduisert kvalme.....	4
2.4 Forventningskvalme.....	5
2.5 Livskvalitet.....	6
2.6 Sykepleieintervensjoner for å øke pasientens livskvalitet.....	7
2.7 Komplementær alternativ behandling.....	8
2.8 Medikamentell behandling.....	8
3. Metode.....	10
3.1 Steg 1. Forskningsproblem.....	10
3.2 Steg 2. Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	10
3.3 Steg 3. Plan for litteratursøkingen.....	11
3.3.1 Identifisere tilgjengelige ressurser og kilder.....	11
3.3.2 Hovedsøkeord.....	11
3.4 Steg 4. Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte studier samles inn.....	12
3.5 Steg 5. Kvalitetsvurdering.....	14
3.6 Steg 6: Analyse av datamaterialet.....	15
3.7 Steg 7:Klargjøring av artiklenes kvalitet.....	16
4.0 Forskningsetikk.....	16
5.0 Resultat.....	17
5.1 Kvalme – en subjektiv opplevelse og forventet bivirkning.....	17
5.2 Kvalme – effekt på livskvalitet.....	18
5.3 Pasientenes egne mestringsstrategier.....	19
5.4 Registrering og kartlegging av kvalme.....	20
5.5 Informasjon.....	21
5.6 Medikamentell behandling.....	21
5.7 Alternative metoder.....	22
6.0 Diskusjon.....	23
6.1 Metodediskusjon.....	23
6.2 Resultatdiskusjon.....	25
6.2.1 Kvalme – en subjektiv opplevelse og forventet bivirkning.....	25
6.2.2 Kvalme – effekt på livskvalitet.....	27
6.2.3 Pasientenes egne mestringsstrategier.....	29
6.2.4 Registrering og kartlegging av kvalme.....	31
6.2.5 Informasjon.....	32
6.2.6 Medikamentell behandling.....	34
6.2.7 Alternativ behandling.....	35
7.0 Konklusjon.....	38
Litteraturliste.....	39

Vedlegg I.....
Vedlegg II.....
Vedlegg III.....
Vedlegg IV.....

1.0 Innledning

Temaet forfatterne har valgt å belyse i denne litteraturstudien er cytostatikainduisert kvalme hos kvinner med brystkreft. Som kommende sykepleiere fører vår yrkestittel med seg en rekke krav og forventninger i forhold til hvilke kunnskaper vi skal sitte inne med. Vi ønsker derfor å bidra til økt kunnskap om hvilke tiltak sykepleiere kan anvende i møte med pasienter som opplever kvalme, da dette kan være med på å forbedre pasientenes livskvalitet.

Sykepleiere kan møte på mange utfordringer i møtet med pasienter som opplever kvalme relatert til behandling med cytostatika. Kvalmen påvirker pasientenes daglige liv og livskvalitet, og virker inn på flere faktorer som nattesøvn, matinntak og sosiale forhold. I tillegg kan det å få en kreftdiagnose være tøft. Kreftdiagnosen tar pasienten ut av sin vanlige og kjente hverdag, og de kan slite med følelser som usikkerhet og angst, forårsaket av situasjonens alvor (Reitan og Schjølberg 2004).

Eivor Hofstad (2009) skriver i en fagartikkel fra Sykepleien at hun tror kreftpasienter får tilfeldig kvalmebehandling. Hun mener det er viktig å forebygge og gi god kvalmebehandling fra første dag, og at nå må kvalmen bli tatt på alvor. Det kommer frem i artikkelen at sykepleiere har generelt lite erfaring og kunnskap om hva som er god kvalmebehandling, og det vises til at det ikke finnes noen nasjonale retningslinjer på området.

Vi har selv erfaringer og opplevelser både fra sykehuspraksis, hjemmesykepleie og sykehjem, der det har vist seg at kunnskapen om kvalmebehandling kan være noe mangelfull og at den med fordel kunne vært bedre. Vi har også opplevd at behandlingen av kvalme stort sett har gått ut på å gi medikamenter som Afipran, i stedet for å vurdere ulike alternativer. Vi har observert hvor ille kvalmen har vært for enkelte pasienter, og hvor mye dette virket inn på deres hverdag og livskvalitet. Via litteratur og media har vi hørt om pasienter som i ettertid sier at det verste med cytostatikabehandlingen var kvalmen, noe som førte til at livskvaliteten ble redusert og de hadde vanskeligheter med å motivere seg til å fullføre behandlingen. Det kan derfor være interessant å finne ut hvorfor det er så lite tiltak relatert til kvalme, da det er og har vært en kjent og fryktet bivirkning lenge.

I denne litteraturstudien bruker vi kvinner med brystkreft og pasient – begrepet, cytostatika og kjemoterapi, synonymt. Dette for å få en større variasjon i teksten.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse opplevelsen av cytostatikainduisert kvalme hos kvinner med brystkreft, og undersøke hvordan sykepleiere ved å forebygge og lindre cytostatikainduisert kvalme kan bidra til økt livskvalitet hos disse pasientene.

1.2 Problemstilling

- Hvordan opplever kvinner med brystkreft cytostatikainduisert kvalme?

2.0 Bakgrunn

Kvalme relatert til cytostatikabehandling er både en kjent og fryktet bivirkning. Kvinner som gjennomgår høydose kjemoterapi har over 60 % sjanse for å oppleve kvalme som bivirkning (Dahl 2009).

2.1 Brystkreft

Brystkreft er en av de vanligste kreftformene hos kvinner. Sykdommen er særlig hyppig i årene rundt menopausen og i 60 års alderen. Arv er den viktigste faktoren for å utvikle brystkreft, ellers hos eldre førstegangsfødende og hos kvinner med tidlig menarke og sen menopause. I 2006 fikk 2673 kvinner brystkreft i Norge, og det samme året døde 694 kvinner av denne sykdommen (Kåresen 2009).

Brystkreft kan ved et tidlig stadium være vanskelig å oppdage, på grunn av at det forekommer lite eller ingen symptomer. Ofte oppdager kvinnen en tilfeldig kul i brystet. På et mer langtkommet stadium kan det oppstå tyngdefornemmelser, moderate smerter og blodig sekresjon fra brystvorten. Brystvorten kan også bli inndratt og brystet kan sees asymmetrisk. Huden kan bli rød og ligne utsiden av et appelsinskall (Reitan og Schjølberg 2004).

Tidlig diagnose er den viktigste faktoren for å bedre prognosen for pasienter med brystkreft. Når det gjelder behandlingen av brystkreft er det først og fremst kirurgisk behandling som blir utført. Rundt 90 % av dem som får diagnosen brystkreft, er primært operabel. Nå i dag er det mest vanlig med brystbevarende kirurgi. I 2008 var andelen som fikk brystbevarende kirurgi over 60 % ved Ullevål universitetssykehus (Kåresen 2009).

Risikoen for utvikling av metastaser på et senere tidspunkt etter kun lokal kirurgisk behandling øker med økende tumorstørrelse og ved lymfeknutespredning. Derfor er tillegg og etterbehandling med cytostatika ofte brukt (Kåresen 2009). I Kåresen (2009) viser resultatet av en studie at cytostatikabehandling reduserer antall dødsfall grunnet brystkreft med 38 % for pasienter under 50 år, mens effekten på pasienter mellom 50 – 69 år er 20 %.

2.2 Hva er cytostatika?

Cytostatika, også kalt cellegift/kjemoterapi, er en fellesbetegnelse på en gruppe legemidler som brukes i behandlingen av kreft. Cytostatika er medikamenter som har til hensikt å hemme celledelingen, ved å skade kreftcellene, enten ved å hindre celledeling eller ved å drepe de. Kreftceller er hurtigvoksende celler, og de har en mindre evne til å reparere skader. Kreftceller er derfor i mange tilfeller mer følsomme for cytostatika enn de normale cellene er. Målet med cytostatikabehandlingen kan være helbredelse av sykdommen, lindring av symptomer, forebygge symptomer og forlengelse av livet (Kvåle 2002). Helbredelse forutsetter i stor grad at alle kreftcellene utryddes. Selv et lite antall gjenværende celler kan forårsake residiv (Dahl 2009).

Cytostatika kan gis på forskjellige måter, som intravenøst, per oralt, som intramuskulær eller subkutan injeksjon, og som innsprøytning i kroppens hulrom. Den vanligste måten er å gi cytostatika intravenøst (Knutstad og Nielsen 2005).

Cytostatikabehandlingen strekker seg ofte over et lengre tidsrom, og er for de fleste belastende både fysisk og psykisk (Reitan og Schjølberg 2004). Behandlingen består ofte av kombinasjon av flere typer cytostatika og blir gitt i behandlingsserier, som gjentas med to – tre – fire ukers mellomrom (Esbensen 2002).

2.3 Cytostatikainduisert kvalme

Kvalme som oppstår i forbindelse med kjemoterapi er annerledes enn annen kvalme. Cytostatikainduisert kvalme varer lenger, og det hjelper ikke å kaste opp. Det er en mye tyngre kvalme som det er vanskelig for pasienten og sykepleiere å mestre (Knutstad og Nielsen 2005). Definisjon av kvalme:

”Kvalme (nausea) er en ubehagelig følelse av å ville kaste opp, gjerne ledsaget av autonome symptomer som kaldsvette og blek hud (Reitan og Schjølberg 2004, 132).”

Kvalme, brekninger og oppkast er en kjent bivirkning ved kjemoterapi, og er blant de bivirkningene av cytostatika som pasientene frykter mest og som i størst grad kan bidra til reduksjon av livskvalitet. Kvalme oppfattes ofte hos pasientene som mer plagsomt enn brekninger og oppkast (Dahl 2009).

For å forstå hva som utløser kvalme, brekninger og oppkastreaksjoner, må en ha kunnskap om anatomi og de fysiologiske mekanismene som aktiviseres. Dette kan også hjelpe sykepleieren til å finne den beste antiemetiske behandlingen i hvert enkelt tilfelle (Reitan og Schjølberg 2004). I fordøyelseskanalens slimhinne stimuleres kjemoterapiinduserte stoffer, de enterokromaffine cellene som utløser serotonin. Serotonin aktiverer serotoninreseptorene. Aktiviseringen av disse reseptorene fører til ny aktivisering av den vagale afferente responsen som stimulerer brekningscenteret, og som kan gi kvalme. Aktiviseringen og stimuleringen av serotonin reseptorene kommer an på hvilken cellegift en får, og hvordan pasienten takler kvalme (Markussen 2005).

Det finnes forskjellige former for kvalme i forbindelse med kjemoterapi. Akutt kvalme inntreffer innen 8 timer etter påbegynt behandling. Dette er en intens kvalme som for oftest går over i løpet av det første døgnet. Forsinket kvalme fremtrer som regel 48 – 72 timer etter avsluttet behandling. Denne er mindre intens, men varer mye lengre. Å forebygge forsinket kvalme er mye vanskeligere enn å forebygge akutt kvalme. Da er pasientene ofte kommet hjem, og de antiemetiske medikamentene virker ikke like effektivt (Markussen 2005). Sykepleieren har ansvar for å kontrollere miljøet rundt pasienten for det som kan skape og redusere kvalme. Sykepleiere må forsikre seg om at pasienten ikke er kvalm før det serveres mat, og all mat må holdes unna til kvalmen er borte. Rommet må være hyggelig, luktfritt og med muligheter for avledning, som fjernsyn og musikk. Dette kan være en utfordring i forhold til de pasientene som er hjemme når kvalmen inntreffer som verst. Sykepleiere må derfor gi god informasjon om tiltak som kan forebygge og lindre kvalme (Knutstad og Nielsen 2005). Vellykket behandling av cytostatikaindusert kvalme forutsetter kunnskaper om patofysiologiske mekanismer og tilgjengelige antiemetiske regimer (Dahl 2009).

2.4 Forventningskvalme

Markussen (2005) skriver at forventningskvalme er kvalme som oppstår før en cytostatikakur begynner. Årsaker til forventningskvalmen kan være forskjellige lukter eller lyder som pasientene forbinder med behandlingen. Forventningskvalmen regnes for å være en såkalt betinget respons, altså dette betyr at pasienter som utvikler kvalme etter en cytostatikabehandling, forventer også kvalme ved neste kur.

Forventningskvalme har den effekten at den kan utvikle seg sterkere over tid. Pasienter kan være utsatt for ulike risikofaktorer som anspenthet, stress og angst, som igjen gir de en større sjanse for å utvikle forventningskvalme (Markussen 2005).

Den beste behandlingen av forventningskvalme, er å unngå kvalme og oppkast ved første cytostatikakur. Da kvalmen allerede er fremtredende, kan det være vanskelig å behandle den med vanlige anti – emetika. Forventningskvalmen skal derfor forebygges ved å gi anti – emetika ved første cytostatikabehandling (Markussen 2005).

2.5 Livskvalitet

Sykepleiernes oppgaver i dagens samfunn dreier seg ikke bare om pasientens fysiske helse, men også om å gjøre livet til den enkelte pasient bedre ved å øke livskvaliteten. Begrepet livskvalitet gir positive assosiasjoner. Det er alltid noe man kan gjøre for å bedre et menneskes livskvalitet, uansett hvilken situasjon man er i, og hvordan fremtidsutsiktene ser ut. Disse positive assosiasjonene er et godt utgangspunkt som kan flytte oppmerksomheten bort fra problemer og begrensninger og over på ressurser og muligheter (Reitan og Schjølberg 2004).

Verdens helseorganisasjon har utviklet en definisjon på ordet livskvalitet:

”Individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (Reitan og Schjølberg 2004, 40).

Reitan og Schjølberg (2004) viser til at det er fire dimensjoner som er sentrale. Disse fire dimensjonene er håp, mening, fellesskap og identitet. I Kvåle (2002) står det at ved håp om helbredelse vil mange kunne tåle en reduksjon av livskvalitet, men tiden med behandling vil allikevel kunne være vanskelig og tøff å komme seg gjennom. Sykepleier må hjelpe pasientene gjennom denne perioden til å se håp. Informasjon om sykdommen og bivirkninger er i slike tilfeller viktig for å oppleve kontroll. Pasientene vil da kunne forstå hvorfor behandlingen gis, og vite at dette er en overgangsfase.

Knutstad og Nielsen (2005) skriver at det kan være vanskelig for pasienter å ha god livskvalitet dersom sykepleiere ikke bidrar til forebygging, lindring eller kontrollerer tilstanden, da kvalmen har oppstått. Pasienter som er kvalme og har det vondt bør få oppmerksomhet og faglig forsvarlig hjelp. Det er avgjørende at sykepleiere har evne til å forstå pasientens subjektive opplevelser ved sykdom og lidelse. Det er ikke nok at sykepleiere har kunnskap om sykdommen, en må også vite hvordan pasienten opplever og mestrer sin tilstand, og oppmerksomheten må rettes deretter.

Cytostatikabehandlingen fører for de fleste til en del bivirkninger. Evalueringen av livskvalitet er en viktig faktor med tanke på bivirkningene. Konsekvensene bør ses i sammenheng med målsettingen for behandlingen, altså man må hele tiden vurdere nytte og ulempe av cytostatikabehandling (Dahl 2009).

2.6 Sykepleieintervensjoner for å øke pasientens livskvalitet

Pasienter som skal i gang med langvarig behandling opplever både fysiske og psykiske forandringer. Utfordringene for sykepleierne blir å observere og handle slik at påkjenningene for pasienten blir minst mulig (Reitan og Schjølberg 2004).

I følge Esbensen (2002) er det å ha kunnskap på området viktig. Både kunnskap om de faktorer som har innflytelse på kvalme og oppkast, og kunnskap om sykepleierintervensjoner som effektivt kan forebygge og nedsette forekomsten av kvalme og oppkast hos pasienter som får kjemoterapi. Sykepleiehandlingene deles opp i handlinger ved forebygging av kvalme og oppkast, og handlinger når pasienten har kvalme og oppkast.

I Esbensen (2002) står det at god informasjon er viktig. God informasjon før behandlingen settes i gang er avgjørende for pasientens opplevelse av trygghet under behandlingen (Reitan og Schjølberg 2004). Sammen med lege bør sykepleieren sikre at pasienten får den forebyggende kvalmebehandlingen som trengs (Esbensen 2002).

Det fysiske miljøet bør også tilrettelegges, som å skape rolige omgivelser for pasienten som for eksempel musikk, lesestoff og video. En bør også tilby mat og drikke som ser

appetittvekkende ut, sørge for frisk luft, unngå sterk lukt (parfyme, røyk), og ro og dempet belysning. Sykepleieren kan også tilby pasienten munnstell ved behov for å friske opp smaken i munnen (Esbensen 2002). Prinsipielt skal behandling av kvalme og oppkast rettes mot årsaken, om mulig fjerne eller moderere denne. (Reitan og Schjølberg 2004).

2.7 Komplementær alternativ behandling

Selv om det finnes gode kvalmestillende medikamenter, er det fortsatt viktig å finne ut om det i tillegg til medikamenter, er psykiske forhold som virker inn på kvalmeopplevelsen. Sykepleiere kan foreslå alternative behandlingsmetoder for pasienten, men de kan ikke iverksettes uten godkjenning fra lege (Kvåle 2002). Alternative metoder som avslapningsteknikker, fantasireiser, fotmassasje, og akupressur er metoder som kan hjelpe pasientene i å redusere kvalmen (Markussen 2005).

I Knutstad og Nielsen (2005) står det at akupressur og akupunktur er utprøvde metoder som har vist seg å dempe kvalme. Akupressur perforerer ikke huden, men går ut på at det legges trykk på spesielt valgte punkter. Denne metoden kan brukes ved alle former for kvalme, både reisesyke, graviditetskvalme og kvalme ved kreftbehandling (Knutstad og Nielsen 2005).

Sykepleieren kan instruere pasientene inn i avslapning, som hjelper mot kvalme (Knutstad og Nielsen 2005). Avslapningsteknikker ved muskelavslapning har til hensikt å minske muskelspenninger. Pasientene lærer her opp i pusteteknikker. Ved at oppmerksomheten rettes mot pusten blir det indirekte en distraksjon fra kvalmen (Markussen 2005)

2.8 Medikamentell behandling

Kvalmekontroll med ulike medikamenter har til hensikt å bedre pasientens fysiske og psykiske velvære, og bør være et prioritert område. Kvalmekontroll kan være både forebyggende og lindrende. Som sykepleier forventes det at du har kunnskaper om farmakologi og kan foreta selvstendige vurderinger av den antiemetiske behandlingen som legen har bestemt. Det finnes mange forskjellige grupper av legemidler som virker mot kvalme, blant annet antihistaminer, nevroleptika, serotoninantagonister, benzodiazepiner og kortikosteroider (Markussen 2005). Nedenfor presenterer vi noen av dem.

5 – HT3 – reseptorantagonister er spesifikke antiemetiske legemidler som regnes som en standard i kvalmebehandlingen. Disse er de senest fremstilte medikamentene mot kvalme. Reseptorene finnes på ulike steder i kroppen og blir aktivisert av cytostatikabehandling. Ondansetron/Zofran, Granisetron/Kytril, Dolazetron/Anzemet er eksempler på 5 – HT3 – reseptorantagonister (Markussen 2005).

Kortikosteroider er medikamentene som blir brukt mest som kombinasjonsbehandling for pasienter som opplever kvalme relatert til cytostatika. Hvorfor disse medikamentene har antiemetisk virkning er ukjent (Reitan og Schjølberg 2003). Tidligere forskning tyder derimot på at de stabiliserer cellemembranene og nedsetter blod – hjerne – barrierens gjennomtrengelighet (Markussen 2005). Medikamentene Dexametason og Metylprednisolon er eksempler på kortikosteroider (Markussen 2005).

Antihistaminer har vist seg å ha dårlig effekt på cytostatikainduisert kvalme, men blir ofte brukt i kombinasjonsterapi. Cylizin/Marzine, Meklozin/Prostafen, og Prometazine er eksempler på antihistaminer som blir brukt i kvalmebehandlingen (Markussen 2005).

3. METODE

Vi har valgt å bruke Goodmans sju ulike steg i vår metodebeskrivelse. Disse sju stegene er til hjelp for å systematisere funn og tolkning av vitenskapelig litteratur. Det er en metode som gjenkjennes ved at den systematiserer kunnskap fra tidligere forskning og undersøkelser omkring temaet (Willman et. al 2006)

Goodmans sju steg:

- Preciserer problemet for utvärderingen
- Preciserer studiernas inklusions- og eksklusionskriterier
- Formulere en plan for litteratursøkingen
- Gjennomfør litteratursøkingen og samle in de studier som møter inklusionskriteriene
- Tolke bevisen fra de individuelle studiene
- Sammenstill bevisen
- Formulere anbefalinger baserte på bevisens kvalitet

(Willman et. al. 2006,51).

3.1 Steg 1. Forskningsproblem

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse kvinner med brystkrefts opplevelse av cytostatikainduert kvalme, og undersøke hvordan sykepleiere ved å forebygge og lindre cytostatikainduert kvalme, kan bidra til økt livskvalitet hos disse pasientene. Forfatterne ville i første omgang søke etter artikler som omhandlet pasientenes opplevelse av cytostatikainduert kvalme. Ut i fra dette ville forfatterne innhente kunnskap som sykepleiere kan benytte, for å forebygge og igangsette tiltak til brystkreftarammede kvinner, som opplever kvalme relatert til cytostatikabehandling.

3.2 Steg 2. Inklisjon og eksklusjonskriterier

De artiklene som var av interesse var både kvalitative og kvantitative artikler. Formålet ved bruk av både kvalitative og kvantitative artikler var å finne mønster, kjennetegn og kvinnenes subjektive opplevelse ved cytostatikainduert kvalme. Men også tiltak som sykepleier kan iverksette. Med de kvantitative ønsket vi i tillegg tall som kunne støtte opp våre funn.

Andre inklusjonskriterier for artiklene var at de måtte være vitenskapelige, og skulle svare på studiets hensikt og problemstilling. Artiklene skulle være skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk, og de måtte være skrevet etter 2004. Pasientgruppen som undersøktes skulle være kreftpasienter som har opplevd kvalme i forbindelse med cytostatika, og da i hovedsak kvinner med brystkreft. Når det gjelder forebyggende og lindrende tiltak som sykepleier kan igangsette, ville vi ha artikler som omhandlet både medikamentelle, psykologiske og alternative metoder. Avgrensning i forhold til alder og arena ble ikke benyttet, da tilgangen av funnene til artiklene ville bli begrenset.

3.3 Steg 3. Plan for litteratursøkingen

Goodman redegjør for fire momenter som skal følges i litteratursøkingen (Willman et. al 2006). Nedenfor har vi satt sammen disse til to tema.

3.3.1 Identifisere tilgjengelige ressurser og kilder

Vi begynte å søke i september 2009. Forfatterne satte først av en måned til artikkelsøk. Det viste seg at dette ikke ble tilstrekkelig, og det ble derfor satt av nye to uker i januar 2010. At artiklene var tilgjengelige via høgskolens databaser, og at de kunne bestilles via biblioteket ved Høgskolen i Molde var av stor betydning, da tiden var begrenset. De vitenskapelige artiklene søkte forfatterne etter i databasene OVID, SweMED, Proquest og NORART. Det ble søkt i disse databasene da disse omhandler helsefag og medisin. Vi så etter hvert at databasen OVID og British Nursing Index ga mest artikler som passet vår problemstilling og hensikt. Øvrig litteratur ble hentet fra biblioteket ved Høgskolen i Molde.

3.3.2 Hovedsøkeord

Målet med søket var å finne relevante artikler som svarte på vår problemstilling og hensikt. Vi passet på å finne de rette søkeordene som gav oss de artiklene vi ønsket. Hovedsøkeordene som ble brukt var: breast cancer, chemotherapy, cytotox, nausea, vomit. Vi brukte trunkeringstegn for å få flere treff. Søket ble senere utvidet og flere søkeord ble benyttet. Vi knyttet disse ordene til begreper som quality of life, patient experience, patient expectation, prevent, treatment, side – effects, alternative methods/therapies, symptom cluster, patient psychology. Ved å inkludere disse søkeordene fikk vi flere treff.

3.4 Steg 4. Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte studier samles inn

Når søket var i gang ble titlene på artiklene lest først. De titlene som vi anså som relevant leste vi abstraktene på. De artiklene som hadde et abstrakt av betydning ble lest i fulltekst. Dersom de ikke var tilgjengelige ble de bestilt og lest senere.

Artiklene delte forfatterne mellom seg, for å sortere ut og vurdere hvilke som angikk vår problemstilling og hensikt. Var disse artiklene relevant, ble de brukt til videre tolking. Av totalt 29 leste artikler ble det til slutt valgt ut 13 forskningsartikler som skulle brukes i litteraturstudien. Dermed ble 16 artikler ekskludert. Disse artiklene ble ekskludert da de ikke svarte på vår problemstilling og hensikt. For at artiklene skulle bli inkluderte måtte de være refereevurderte. For å undersøke om artiklene var det, ble hvert enkelt tidsskrift søkt opp på internettsiden for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD – Database for statistikk om høgere utdanning 2009). Nedenfor har vi laget en forenklet oversiktstabell over vårt litteratursøk.

Tabell 1. En forenklet oversiktstabell på litteratursøk

Database:	Søkeord:	Antall treff:	Antall leste abstrakt:	Antall leste artikler:	Antall inkluderte artikler:
18.09.09 OVID Databasevert Helsefag, medisin, transport MEDLINE(R)	Chemothera\$ And Nausea AND Cancer AND Symptom Experience	5	2	1	1
18.09.09 OVID Nursing Database	Cancer AND chemotherapy AND side – effect\$ AND symptom	23	20	10	2
18.09.09 OVID Databasevert Helsefag,	Nausea/OR Nausea.mp. AND chemotherapy.mp.	1	1	1	1

medisin, transport MEDLINE(R)	AND Cancer.mp. or Neoplasms/ AND experiences.mp. AND symptom cluster.mp. And quality of life.mp. OR "Quality of Life"/				
18.09.09 OVID British Nursing Index	"Breast cancer".mp. OR cancer/ AND Quality of life.mp. OR "Health and Quality" AND chemotherapy	25	6	3	3
10.01.10 OVID Databasevert Helsefag, medisin, transport MEDLINE(R)	Breast cancer AND Cancer AND Alternative Therapies AND Chemotherapy AND Experience AND Quality of Life AND Nausea AND Patient psychology AND Symptom AND Vomiting	9	7	4	2
10.01.10 OVID British Nursing Index	Chemotherapy AND Nausea OR nausea mp. AND Vomit.mp AND Alternative Therapies OR Alternative Treatment	8	4	2	1
10.01.10 OVID British Nursing Index	Cancer: chemotherapy/or chemo.mp. AND breast cancer/OR breast cancer AND experience\$	18	4	4	1

10.01.10 OVID British Nursing Index	Chemotherapy AND prevent\$ AND nausea AND drug therapy	10	9	3	1
25.01.10 OVID Embase	Chemotherapy AND patient expectation AND well – being	16	10	1	1

3.5 Steg 5. Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering av artiklene ble gjennomført for å kontrollere at de forskningsartiklene vi valgte å bruke i studien var av god kvalitet. En slik kvalitetsvurdering vil gi økt troverdighet til litteraturstudiet (Willman et.al 2006). Totalt kvalitetsvurderte vi 20 artikler. Av disse ble 13 inkludert i studien. Kvalitetsvurderingen gjorde forfatterne sammen, noe som gjorde kvalitetsvurderingen sterkere. De utvalgte artiklene ble lest flere ganger for å bedre forståelsen av innholdet.

Da vi skulle vurdere kvaliteten på artiklene brukte vi et vurderingsskjema (se vedlegg 2 og 3) og kvalitetsgradering fra Willman et.al (2006). Formålet med kvalitetsvurderingen var å fastslå artikkelens kvalitetsgrad, noe som ga oss mulighet til å ekskludere artikler av lavere kvalitet fra litteraturstudien. Ved hjelp av svar i vurderingsskjemaet vurderte vi artiklene som høy, middels eller lav kvalitet. På vurderingsskjemaet ble det gitt ett poeng for positivt svar (ja), null poeng for negativt svar (nei) og et halvt poeng for vet ikke. Den totale poengsummen ble deretter omregnet til prosent for å kvalitetsgradere artiklene, se tabell 2 (Willman et.al 2006). Artikler som nådde 80-100 % ble gradert til grad I, god kvalitet. Artikler som nådde 70-79 % ble gradert til grad II, middels kvalitet. Artikler som ikke nådde lenger enn 69 % ble gradert til grad III, lav kvalitet. Vi bestemte på forhånd at vi bare skulle bruke artikler som var av grad I og grad II, da disse ville ha større betydning for oppgaven siden de hadde middels og høy kvalitet.

Tabell 2: Kvalitetsgradering

Grad I	80 – 100 %
Grad II	70 – 79 %
Grad III	60 – 69 %

(Willman et. al 2006)

Av de inkluderte artiklene i litteraturstudien er det 5 kvalitative, 7 kvantitative og 1 som er både kvalitativ og kvantitativ. 7 artikler har vi gradert til grad I som er av god kvalitet, 6 artikler graderes til grad II og er av middels kvalitet. Vi har laget en oversikt over alle artiklene vi har lest (se vedlegg 4).

3.6 Steg 6: Analyse av datamaterialet

I vårt analysearbeid valgte vi å ta utgangspunkt i Malterud (2003). I følge Malterud (2003) er analyse en prosess hvor en skal tolke, organisere og sammenfatte datamaterialet, slik at det gir en systematisk oversikt over resultatene. Denne metoden er originalt ment for kvalitative studier, men vi har valgt å bruke den i en tilpasset versjon for vår litteraturstudie.

Gjennom analysen fokuserte vi på datamaterialets viktigste innhold og vi tenkte hele tiden på at resultatet skulle gi svar på vår hensikt og problemstilling. Vi hadde en systematisk gjennomgang av data der vi tolket og sammenfattet datamaterialene. Vi forsøkte å finne mønster og kjennetegn som kunne gi oss svar på problemstillingen og hensikten vår (Malterud 2003).

Vi leste de utvalgte artiklene flere ganger og laget et kortfattet sammendrag over hver artikkel. Deretter delte vi de ulike artiklene inn i temaer som kvalme – en subjektiv opplevelse og en forventet bivirkning, kvalme – effekt på livskvalitet, pasientenes egne mestringsstrategier, registrering og kartlegging av kvalme, informasjon, medikamentell behandling og alternative metoder. Dette ga oss en god oversikt over hvilke artikler som gav svar på vår hensikt og problemstilling.

I vår analyse prøvde vi å være så objektiv som mulig for at våre holdninger ikke skulle ha noen innvirkning på resultatet. Vi var hele tiden oppmerksomme på at våre forkunnskaper og meninger ikke skulle føre til favorisering av resultatene.

3.7 Steg 7: Klargjøring av artiklenes kvalitet

I Willman et. al (2006) er det beskrevet fire forskjellige muligheter for å kunne komme frem til en god konklusjon.

1. Sterkt vitenskaplig grunnlag. Her skulle minst 2 artikler være av grad I, altså av høy kvalitet.
2. Middels sterkt vitenskaplig grunnlag. Her skulle 1 artikkel være gradert til grad I, i tillegg til 2 artikler til grad II; det vil si av middels kvalitet.
3. Begrenset vitenskaplig grunnlag. Her skulle minst 2 artikler være av grad II; av middels kvalitet.
4. Her er det vitenskaplige grunnlaget utilstrekkelig og en kan ikke gi noen konklusjon.

I våre funn har vi gradert 7 forskningsartikler til høy kvalitet, og 6 forskningsartikler til middels kvalitet. Dette tilsvarte til et sterkt vitenskaplig grunnlag (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Det er sentralt i evidensbasert praksis at gyldighet og anvendbar kunnskap fra systematisk forskning skal være grunnleggende for praksis, men at forskningsresultatene skal vurderes med bakgrunn i erfaring og tilpasses den enkelte pasient (Bjørk og Solhaug 2008).

4.0 Forskningsetikk

For å sikre at etiske hensyn ble ivaretatt i artiklene vi brukte, tok vi utgangspunkt i Malterud (2003) og Aadland (2006).

Forskning innebærer møter mellom mennesker, normer og verdier som utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utveksles og utvikles, og gjelder spesielt kvalitative forskningsmetoder. Dette betyr at forskeren som bruker sine metoder, bør kjenne til noen av de spesielle etiske utfordringer som dette medfører. Gjennom feltarbeidet deler

informantene sine kunnskaper og erfaringer med forskeren, ofte angående sensitive eller fortrolige fenomener som forskeren må ta hensyn til (Malterud 2003).

Aadland (2006) skriver at det er utarbeidet klare normer og regler for forskning, som skal sikre at grunnleggende verdier blir ivaretatt. Alle som skal bli utsatt for forskning, må være godt informert og må samtykke i å være forskningsobjekt. Forskning må ta hensyn til menneskenes rett til medbestemmelse, autonomi og respekt.

I stort sett alle våre inkluderte artikler ble det nevnt hvordan etiske hensyn ble ivaretatt. Det som gikk igjen var at deltakerne i studiene måtte samtykke i å være med i forskningen, de kunne trekke seg da de ville, de ble godt informert på forhånd om hva forskningen gikk ut på og hva formålet var, og deltakerne ble anonymisert.

5.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse opplevelsen av cytostatikainduisert kvalme hos kvinner med brystkreft, og undersøke hvordan sykepleiere ved å forebygge og lindre cytostatikainduisert kvalme kan bidra til økt livskvalitet hos disse pasientene. Vi ønsker å presentere funnene på en logisk og strukturert måte, ved at resultatene er organisert i ulike temaer. Hensikten med dette er å skape en bedre oversikt og gjøre presentasjonen enklere å følge. Funnene fra artiklene har vi sammenlignet ut fra vår problemstilling og hensikt, uten innslag av subjektive vurderinger. Resultatet vårt vil gi en oversikt over aktuell vitenskapelig kunnskap innenfor temaområdet og den vil inneholde kritisk vurdering og sammenligning av resultat fra ulike studier.

5.1 Kvalme – en subjektiv opplevelse og forventet bivirkning

I våre funn kommer det frem at kvalmeopplevelsen ved cytostatikabehandling er subjektiv. Dette underbygges også i artiklene til Bergkvist og Wengstrøm (2006), Molassiotis et. al (2008) og Andersen et. al (2006) der pasientene hadde forskjellige opplevelser av bivirkningen kvalme. Pasientene opplevde kvalme som et komplekst symptom som var vanskelig å beskrive. Kjemoterapiindusert kvalme kan ha en negativ innvirkning på opplevelsen av kreftbehandlingen og en negativ effekt på det daglige livet (Molassiotis et. al 2008). Noen opplevde akutt kvalme som det største problemet, mens andre var mest

plaget av den forsinkede kvalmen. I noen tilfeller forekom også begge deler (Dibble et. al 2007). I artikkelen til Lee et.al (2005) står det at den forsinkede kvalmen kunne vare i flere uker etter at cytostatikakuren var avsluttet. Individuelle opplevelser av kvalme og brekninger under kjemoterapibehandlingen kan ha en dyp effekt på hvordan behandlingen oppleves, og kan påvirke fremtidige beslutninger om videre behandling (Bergkvist og Wengstrøm 2006).

I flere studier fremgår det at kvalme var en forventet bivirkning (Browall et. al 2006, Roscoe et. al 2004, Bergkvist og Wengstrøm 2006). I studien til Browall et. al (2006) hadde kvinnene med brystkreft forventninger på forhånd om at de kom til å bli syke av kjemoterapibehandlingen. I Roscoe et.al (2004) kommer det frem at forventningene som pasientene hadde til kvalmen hadde stor betydning for utfallet. Hos de pasientene som mente at de kom til å bli kvalme av cytostatikabehandlingen ble forekomsten fem ganger høyere enn hos de pasientene som ikke hadde forventninger på forhånd. Dette forsterkes også av artikkelen til Boot et.al (2007) hvor det belyses at kun tanken på cytostatika kunne gjøre pasientene kvalme. Pasientene opplevde at dagene på forhånd av kjemoterapibehandlingen var fylt med stress og angst, i forventning av kvalmen de visste skulle komme (Bergkvist og Wengstrøm 2006). I studien til Roscoe et.al (2004) fremgår det at det er viktig med strategier som har som mål å redusere de tankene og følelsene som kommer av kvalmeopplevelsen. Både Molassiotis et. al (2008) og Roscoe et. al (2004) viser til at en må hjelpe pasientene å se sine egne ressurser fremfor begrensningene. Sykepleierne må også gi pasientene lov til å forvente bivirkninger (Bohemke og Dickerson 2005).

5.2 Kvalme – effekt på livskvalitet

I artikkelen til Molassiotis et.al (2008) og Bergkvist og Wengstrøm (2006) står det at cytostatikaindusert kvalme i stor grad påvirker pasientenes livskvalitet. Dette nevnes også i artikkelen til Akin et.al (2008) der det står at ukontrollert kvalme og oppkast har en effekt på livskvaliteten hos kvinner med brystkreft som gjennomgår kjemoterapibehandling. Kvalmen førte ofte med seg problemer som dårlig matlyst, dehydrering, ubalanse i elektrolyttnivået, søvnproblematikk og i noen tilfeller angst. Kvalmen hadde også en negativ effekt på pasientenes følelsesliv, det sosiale livet, familielivet og den fysiske og psykiske funksjonen. Kvalmen hindret pasientene fra å leve et normalt liv. Dette

underbygges også av artiklene til Bohemke og Dickerson (2005), Lee et. al (2005) og Browall et.al (2006), der det kom frem at kvinner som gjennomgikk kjemoterapibehandling synes det var nærmest umulig å leve et normalt liv på grunn av kvalmen og ubehaget. Kvinner med brystkreft måtte forandre sine liv under den lange perioden av behandlingen, da kvalmen dominerte deres hverdag. Dette igjen påvirket deres livskvalitet. Kvalmen kunne vare i flere uker etter at cytostatikakuren var avsluttet, og førte med seg både fysisk og psykisk utmattelse. Det var vanskelig for pasientene å oppleve velvære, da kvalmen påvirket livskvaliteten i stor grad (Lee et. al 2005). For å kartlegge livskvaliteten ble spørreskjema og intervju benyttet av sykepleierne (Molassiotis et. al 2008, Browall et.al 2006, Andersen et. al 2006).

5.3 Pasientenes egne mestringsstrategier

Nøkkelen til suksessfull mestring av cytostatikainduisert kvalme er å forebygge og lindre symptomene før de fremtrer (Bergkvist og Wengstrøm 2006). Det fremgår i artikkelen til Kearney et.al (2008) at forebygging og behandling av bivirkninger som kvalme forbedrer pasientenes funksjonelle status og livskvalitet, som til slutt gir pasientene en bedre akseptering av kjemoterapi. Det belyses også i Molassiotis et. al (2008) at justering og akseptering er viktig. Pasientene må se mulighetene i situasjonene fremfor begrensingene. I studien til Molassiotis et. al (2008) følte pasientene at de kunne forbedre og takle symptomene bedre ved å relatere de til tidligere erfaringer og opplevelse med kvalme. Pasientenes kognitive respons på kvalmen gjorde at de etter hvert kunne lære seg å selvregulere symptomene. Å gi kvinner kunnskap om strategier som kan føre til mestring av symptomer er avgjørende for livskvaliteten (Bohemke og Dickerson 2005). I artikkelen til Bergkvist og Wengstrøm (2006) fokuseres det mye på at kvalmen ikke må få kontroll over livet til pasientene. Positiv tenking var en strategi for å redusere kvalmen. En kvinne forteller i denne artikkelen at når hun kjente at kvalmen kom sigende måtte hun tenke positivt, og ikke tenke på at hun var kvalm. Hun mener nøkkelen er å tenke på noe ekstremt, og for hennes vedkommende var det til hjelp å tenke på havet og svømmende fisker. Bruken av mestringsstrategier underbygges også i artiklene til Andersen et. al (2006), Williams og Schreier (2004) og Molassiotis et. al (2008)

Mange opplevde at lukte og smakssansen endret seg under behandling av kjemoterapi (Browall et.al 2006). Selvmestringsstrategier som kostholdsplan ble tatt i bruk hos pasientene i studien til Molassiotis (2008). Pasientene lærte seg etter hvert å unngå mat med sterk lukt, drikke væske en halvtime før måltid, og fritert og feit mat. Det er viktig å drikke mye vann og ha små og hyppige måltider. I artikkelen til Bergkvist og Wengstrøm (2006) kommer det frem at på de dagene der kvalmen er på det verste var bare lukten og tanken på mat uutholdelig. Etter å ha gått gjennom noen runder med kjemoterapibehandling lærte pasientene nye matvaner som gjorde det lettere å spise. De fleste av pasientene foretrakk mat som var lite krydret i perioden de var kvalm, som suppe, fisk og yoghurt. Noen av pasientene foretrakk sterk krydret mat i denne fasen, så dette er veldig individuelt. Det er derfor i situasjoner som dette svært viktig å tilby pasientene ønskekost (Bergkvist og Wengstrøm 2006).

I studien til Williams og Schreier (2004) kommer det frem at gjennom å lytte til lydbånd kunne pasientene selv lære seg å håndtere bivirkninger. Dette nevnes også i artikkelen til Dibble et. al (2007). Gjennom lydbåndene fikk pasientene veiledning og informasjon om forholdsregler og livsførsel i forhold til kosthold, trening, frisk luft og forskjellige teknikker som kunne gi avslapning. Pasientene fikk større mestringssevne, bedre kontroll, kunnskap, selvtillit og livskvalitet ved å lytte til lydbåndene. Pasientene fikk gjennom bruken av lydbånd bedre kontroll over deres egen situasjon og det førte til en reduksjon av bivirkninger (Williams og Schreier 2004).

5.4 Registrering og kartlegging av kvalme

I våre funn kom det også frem at pasientene lærte seg ulike tiltak som for eksempel å skrive loggbok/dagbok hvor de registrerte kvalmens varighet og hyppighet ved hjelp av en kvalmeskala. Dette ble gjort for å sikre registrering og opprettholde oversikt over symptom og bivirkninger. Dette kommer frem i artiklene til Boot et. al (2007) og Andersen et. al (2006) hvor de brukte kvalmeskala og scoringssystem for å registrere intensiteten av kvalmen. Pasientene brukte dagbøkene som et hjelpemiddel hvor de kunne skrive ned erfaringer og tiltak som kunne hjelpe de å takle symptomer og bivirkninger. Bruken av dagbøker nevnes også i artikkelen til Bergkvist og Wengstrøm (2006). Studiene oppfordrer sykepleiere til å benytte disse hjelpemidlene for å iverksette forebyggende og lindrende tiltak (Boot et.al 2007 og Andersen et.al 2006).

5.5 Informasjon

I studien til Browall (2006) savnet pasientene at sykepleierne satte av tid til å gi informasjon. Dette underbygges også i artikkelen til Bergkvist og Wengstrøm (2006). Pasientene fikk før behandlingsstart informasjon om bivirkninger som kom med kjemoterapien. Men de følte at den informasjonen som ble gitt ikke var tilstrekkelig, og mange av pasientene opplevde dette som vanskelig og tøft å ta innover seg. Flere pasienter opplevde også at mye informasjon ble gitt på en gang, og det var mye som de ikke forstod. En del hadde tidligere hørt at kjemoterapi kunne føre med seg bivirkninger, men hadde ikke fått noe eller nok informasjon fra sykehuset (Bergkvist og Wengstrøm 2006). I studien til Browall et. al (2006) ville pasientene heller ha informasjon som kunne være vanskelig å takle, enn ikke noe informasjon i det hele tatt. Det står i artikkelen til Bohemke og Dickerson (2005) at å gi kvinner informasjon om bivirkninger som de kan forvente å få, kan føre til en reduksjon av kvalmen. Telefonsamtale ble benyttet da det var mangel på tid til å gi informasjon (Williams og Schreier 2004). Det hadde også en positiv effekt på pasientene å ha lydband hjemme i forhold til at informasjon som ble gitt på sykehuset, fort ble glemt. Pasient og sykepleier kunne ha en åpen dialog under telefonsamtalene (Williams og Schreier 2004). Sykepleierne som pleier pasienter med brystkreft må være oppmerksom på symptomer og symptomerfaringer pasientene kan få gjennom hele cytostatikabehandlingen. De må informere kvinnene på forhånd om kjemoterapibehandlingen, symptomer de kan forvente seg å få og informere hvordan de kan takle de (Bohemke og Dickerson 2005).

5.6 Medikamentell behandling

Det finnes en rekke ulike medikamenter for å forebygge og lindre den cytostatikainduierte kvalmen. Gjennom de to siste tiårene har det skjedd en stor utvikling i den antiemetiske behandlingen (Molassiotis et. al 2008). Pasientene i denne studien følte at forebygging ved å ta antibrekkemiddeltablettene til riktig tid var avgjørende for om kvalmen kom til å utvikle seg. Selv om antibrekkemiddel ofte var til stor hjelp for pasientene, følte de allikevel at effektiviteten ikke var tilstrekkelig. I artikkelen til Lee et.al (2005) ble medikamenter som Dexametason, Ondansetron, Granisetron, Proklorperazin og Dolazetron mye brukt. Dette underbygges også i artiklene til Bergkvist og Wengstrøm (2006), Lindley et.al (2005). I studien til Lindley et.al (2005) ønsket de å sammenligne

medikamentene Ondansetron, Dexametason og Proklorperazin. Resultatet ble at virkningen var stort sett den samme hos alle tre, men bivirkningene av medikamentene forekom ulikt. I Bergkvist og Wengstrøm (2006) viser de til at et nytt medikament, Neurokenin, som har en god effekt i forebygging av både akutt og forsinket kvalme.

5.7 Alternative metoder

Blant de alternative metodene har akupressur vist seg å ha god effekt når det gjelder å redusere intensiteten av oppkast og kvalme. I artikkelen til Dibble et. al (2007) kom det frem at de pasientene som mottok akupressur på de riktige P6 punktene hadde god effekt på å redusere kvalme og oppkast (se vedlegg 1). Også i artiklene til Bergkvist og Wengstrøm (2006) og Molassiotis et.al (2008) kom det frem at akupressur har vist seg å minske cytostatikainduisert kvalme.

Også i studien til Andersen et. al (2006) ble alternative metoder benyttet. Der skulle pasientene evaluere effekten av et 6 – ukers strukturert intervensjons program. Dette programmet bestod av fysisk aktivitet, avslappingsteknikker, kroppsbevissthets – teknikker og massasje. Kvalme ble i denne studien relatert til matinntaket til pasientene. Matinntaket ble ikke bedret i løpet av disse ukene, men pasientene følte at programmet hadde en positiv effekt på livskvaliteten.

6.0 Diskusjon

Diskusjonen inneholder drøfting av søkestrategi og drøfting av resultat. I metodediskusjonen diskuteres litteraturstudiets fremgangsmåte og metodens negative og positive sider. Resultatet skal diskuteres i forhold til hensikt og problemstilling, tidligere presentert og ny teori. Egne erfaringer kan også komme frem i diskusjonen.

6.1 Metodediskusjon

Under metodediskusjonen diskuterer vi årsakene til de valgene vi tok, og konsekvensene av dette. Metodediskusjonen skal i følge Malterud (2003) inneholde kritisk vurdering av gyldighet og troverdighet.

Hensikten med denne studien var å belyse opplevelsen av cytostatikainduisert kvalme hos kvinner med brystkreft, og undersøke hvordan sykepleiere ved å forebygge og lindre cytostatikainduisert kvalme kan bidra til økt livskvalitet til disse pasientene.

Vi valgte først tema for litteraturstudie og deretter en problemstilling som svarte til vår hensikt. Vi ønsket å legge vekt på livskvalitet siden det var pasientopplevelsen vi var ute etter. Ut i fra pasientopplevelsen ønsket vi å finne forebyggende og lindrende tiltak som sykepleierne kunne iverksette mot cytostatikainduisert kvalme.

Den første tiden tilbrakte vi mye tid til å søke etter artikler. På grunn av utvalgte søkeord og sammensetningen ser vi at muligheten for at gode og relevante artikler kan ha gått tapt. Vi benyttet flere synonymer til søkeordene vi valgte å bruke. Vi endte til slutt opp med 29 artikler som vi ønsket å se nærmere på.

I utgangspunktet ønsket vi å finne flest nordiske og norske artikler, da dette kunne gjøre arbeidet med analysen enklere i forhold til språk. Vi gjennomførte et pilotsøk i de nordiske databasene Norart og SweMed men det viste seg at det ikke ble nok datamateriale. Vi fant ingen nordiske eller norske artikler som var relevant for vår hensikt. Databasesøket ble da utvidet, og vi søkte i databasene Ovid, British Nursing Index og Proquest. Vi ser at det kan være en svakhet å begrense søket til tre databaser, og det er en mulighet at vi har gått glipp av relevante artikler. Bakgrunnen for at vi valgte og bare disse tre databasene, er grunnet tidligere erfaringer.

Alle artiklene som vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie var av engelsk språk. Dette gjorde analyseringen av artiklene vanskeligere. Siden vi også valgte å inkludere den medikamentelle behandlingen, inneholdt artiklene flere vanskelige ord, uttrykk og begrep. Utisiktede misforståelser og feiltolkninger kunne derfor forekomme. Sitatene vi har med i vår litteraturstudie har vi derfor valgt å skrive på det opprinnelige språket.

Analyseringen av de artiklene som omhandlet medikamenter var en utfordring for oss. Det var en lang og vanskelig prosess, da det ble vanskelig å oversette navnet på medikamentene fra engelsk til norsk. Felleskatalogen ble brukt som oppslagsverk, og et hjelpemiddel for oss i arbeidet med datamaterialet som omhandlet medikamenter.

De artiklene som er inkludert i studien kommer fra sju forskjellige land: Sverige, Danmark, USA, England, Canada, Tyskland og Tyrkia. De fleste artiklene kommer fra land hvor levestandarden er lik de nordiske landene. Dette gjør at artiklene er relevante og interessante for vår studie. Vi ser at Tyrkia kan være et unntak da vi er noe usikre på hvordan levestandarden er der i forhold til den vestlige levestandarden. Vi valgte å inkludere artikkelen på grunn av dens innhold og høye kvalitet. Geografisk sett kan den store spredningen tyde på at det er et viktig tema.

Litteratursøket ble avsluttet i uke 4, 2010. Vi fant ut at det ble nødvendig å sette en sluttdato for databasesøket, siden datamaterialet skulle bearbeides og litteraturstudien skrives innenfor den gitte tidsrammen for studien. Samtidig hadde vi oppnådd datametningen vår med de 29 artiklene vi hadde. Det er en mulighet for at aktuelle forskningsartikler har blitt publisert etter vår sluttdato.

Vår litteraturstudie inneholder både kvalitativ og kvantitativ forskning da vi anså at begge var relevante for studiet og vi så etter hvert at de utfylte hverandre godt. Vi kvalitetssikret 20 artikler, og etter en kvalitetsvurdering satt vi igjen med 13 artikler.

Kvalitetsvurderingen ble utført etter Willman et.al (2006) for å få en systematisk vurdering av artiklene. Dette sikret også at artiklene som vi inkluderte var av god kvalitet.

Kvalitetsvurderingen gjorde vi først individuelt, og deretter diskuterte vi oss frem til en felles forståelse av kvaliteten til artiklene. Dette øker studiens troverdighet (Malterud

2003). Vi ser at det kan ha vært en svakhet at vi gjorde alt arbeidet sammen, da det kan være lett å påvirke hverandre. Det kan ha vært en fordel at vi først hadde gjort kvalitetsvurderingen hver for oss, og deretter gjort den sammen. Det å skille de kvalitative og de kvantitative artiklene fra hverandre var utfordrende, da de fleste artiklene omhandlet pasientenes individuelle kvalmeopplevelse. Vi så etter hvert at de kvantitative artiklene inneholdt intervjueskjemaer og spørreskjemaer, og de tok for seg flere deltakere. Kvalitativ forskning egner seg for beskrivelse og analyse av karakter trekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal beskrives. Materialet består av tekst, som kan representere samtaler eller observasjon, mens de kvantitative metodene bygger på numerisk data i form av tallmateriale (Malterud 2003). Norheim (2009) skriver at kvantitativ og kvalitativ forskning kan utfylle hverandre.

Vi er tre forfattere som har samarbeidet om å skrive denne litteraturstudien. Vi ser at dette har vært positivt for studien, da det er mindre sannsynlig at viktige funn har gått tapt. Gjennom denne studien har vi tilegnet oss mer kunnskap om temaet cytostatikainduisert kvalme. Vi har lært hvordan og hvor vi kan finne ny kunnskap, og vi ser at dette er en ressurs vi kan bruke i fremtiden

6.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse opplevelsen av cytostatikainduisert kvalme hos kvinner med brystkreft, og undersøke hvordan sykepleiere ved å forebygge og lindre cytostatikainduisert kvalme kan bidra til økt livskvalitet til disse pasientene.

6.2.1 Kvalme – en subjektiv opplevelse og forventet bivirkning

Våre funn viser at opplevelsen av cytostatikainduisert kvalme er subjektiv. Det ble brukt intervju, dagbøker, kvalmeskalaer og spørreskjema for å kartlegge pasientenes individuelle kvalme opplevelser. (Bergkvist og Wengstrøm 2006, Molassiotis et. al 2008, Andersen et.al 2006, Lee et.al 2005). Almås (2004) skriver at for å få til en effektiv behandling av denne plagsomme bivirkningen, må sykepleiere forsøke å få tak i pasientenes individuelle opplevelser og utføre sykepleien etter det. Nøkkelordet er individuell omsorg.

Individuelle opplevelser av kvalme under cytostatikabehandling kan ha en stor effekt på beslutningene til pasientene om videre behandling (Bergkvist og Wengstrøm 2006). Pasienter med kreft kan føle motvilje i forhold til å følge behandlingsplanen, fordi kvalme er et så stort og markant problem i deres liv (Markussen 2005). I Knutstad og Nielsen (2005) står det at sykepleiere må ha evnen til å forstå pasientenes subjektive opplevelser ved sykdom og lidelse. For at sykepleiere skal kunne yte god og individuell pleie til pasientene er det ikke nok å ha kunnskap om pasientens diagnose. En må også ha kunnskap om hvordan enkelt individer opplever og mestrer sin tilstand.

Vi har fra praksis møtt pasienter der kvalmen har vært så fremtredende, at tanken på å fullføre behandlingen har virket uoverkommelig. Vi har selv ingen erfaring ved bruk av spørreskjema, intervju, kvalmeskalaer eller dagbøker, og vi har heller ikke opplevd at sykepleiere har benyttet seg av disse hjelpemidlene. Våre funn tyder på at dersom sykepleiere benytter seg av disse, kan det være en måte å få tak i pasientenes individuelle opplevelser, og å finne tiltak som bør iverksettes deretter (Bergkvist og Wengstrøm 2006, Molassiotis et. al 2008, Andersen et. al 2006, Lee et.al 2005). Ved at disse hjelpemidlene blir tatt i bruk kan sykepleiere finne tiltak mot kvalmen, og for pasientene vil ikke behandlingen virke så uoverkommelig lenger.

For mange pasienter var kvalme en forventet og fryktet bivirkning (Browall et.al 2006 og Roscoe et.al 2004). Det viste seg at forekomsten ble hele fem ganger høyere hos de pasientene som hadde forventninger om å bli kvalm på forhånd av cytostatika kuren. (Roscoe et.al 2004). Bare tanken på cytostatika var nok til at pasientene ble kvalme (Boot et. al 2007).

Markussen (2005) skriver at sykepleiere har en stor rolle i møtet med pasienter som opplever forventningskvalme. Pasientene må få hjelp til å fokusere på sine ressurser og muligheter i stedet for på den negative kvalme opplevelsen (Williams og Schreier 2004). Hvilke individuelle ressurser pasienten har, virker inn på behovet for sykepleie. God omsorg fra sykepleiere krever både en fysisk og psykososial tilnærming. Å gi psykologisk støtte er viktig når sykepleiere møter pasienter med forventningskvalme. Sykepleiere er i en god posisjon til å kartlegge omfanget av kvalmen. Man bør diskutere problemet med pasienten, så pasienten selv kan se sine egne ressurser og å være delaktig i valg av behandlinger (Reitan og Schjølberg 2004).

I følge Gjengedal (2001) er den beste måten å forebygge og unngå forventningskvalme på, å prøve å unngå kvalme ved første behandling. Tiltak mot forventningskvalme kan være ulike medikament, avslapningsteknikker, akupressur og akupunktur (Markussen 2005). Sykepleiere kan også ved å gi god informasjon forebygge forventningskvalme. God informasjon trenger ikke nødvendigvis å bety mye informasjon. Informasjon må tilpasses den enkeltes forutsetninger, og må gis med fornuft omtanke. Velinformerte pasienter er i mange tilfeller de som best takler behandling, men når det gjelder informasjon om bivirkningen kvalme ved cytostatika, bør sykepleiere informere om at kvalme ikke nødvendigvis forekommer hos alle (Almås 2004). Våre funn viser at hvis en forventer kvalme, har en også stor sjanse for å bli det (Roscoe et.al 2004, Browall et.al 2006 og Boot et.al 2007). Sykepleiere kan med tiltak som god informasjon bidra til å snu forventningene hos pasientene (Almås 2004).

Fordi forventningskvalme ofte oppstår ved at pasientene assosierer cytostatika med for eksempel ulike lyder eller lukter, bør sykepleiere tilrettelegge det fysiske miljøet rundt pasientene (Markussen 2005). Dette kan gjøres ved å sørge for at det er frisk luft i rommet, sørge for at mat som pasientene forbinder med kvalme ikke blir servert, og sørge for at det er ro og trivelige omgivelser (Esbensen 2002). Da forventningskvalmen kan oppstå før pasientene er kommet til behandlingen, må sykepleier informere om at pasientene selv må prøve å identifisere risikofaktorer, og prøve å unngå disse. Distrahering i form av fjernsyn eller å lese avis er anbefalt (Esbensen 2002) Ved at sykepleiere er oppmerksomme på hvordan det fysiske miljøet er rundt pasientene, kan de iverksette tiltak som kan bidra til økt livskvalitet. Våre egne kliniske erfaringer tilsier også at en må ta hensyn til miljøet rundt pasienten, da disse tiltakene er enkle å utføre og er grunnleggende tiltak mot kvalme. Som Reitan og Schjøberg (2004) skriver, så må tiltakene rettes mot årsaken til kvalmen.

6.2.2 Kvalme – effekt på livskvalitet

Livskvalitet er subjektivt og omfatter områder som fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Livskvalitet har utgangspunkt i det enkelte menneskets egen opplevelse av sitt liv. Det subjektive fokus er viktig, for alle mennesker takler det å bli syk på forskjellige måter. Samme sykdom kan gi ulike reaksjoner, avhengig av blant annet sosialt nettverk, tidligere erfaringer og fase i livet (Reitan og Schjøberg 2004).

I våre funn kommer det frem at cytostatikainduisert kvalme påvirker pasientenes livskvalitet (Molassiotis et. al 2008, Bergkvist og Wengstrøm 2006, Akin et. al 2008, Lee et. al 2005, Bohemke og Dickerson 2005, og Browall et. al 2006). Det ble brukt spørreskjema og intervju når livskvaliteten skulle kartlegges (Molassiotis et. al 2008, Browall et.al 2006, og Andersen et.al 2006). I Knutstad og Nielsen (2005) står det at ved kartlegging er det viktig å ta utgangspunkt i pasientenes egen opplevelse av sin situasjon. Det har blitt gjort flere studier hvor det har blitt utviklet flere ulike spørreskjema som kan brukes i kartleggingen av livskvalitet. Noen er utviklet for spesielle pasientgrupper, som for eksempel til pasienter med kreft. Reitan og Schjøberg (2004) viser til at selv om det i dag er utviklet flere spørreskjema til kartlegging av livskvalitet, er det gjort lite forskning på tiltakenes innvirkning på pasientene. Det vises til at dette er et område som fortjener større oppmerksomhet. Våre funn viser derimot at det er mye forskning på intervensjonenes effekt på pasientene. Ved å ta i bruk kvalmeskala, dagbøker og intervju kan man evaluere tiltakenes virkning på pasientene. Konsekvensene ved at sykepleiere benytter seg av disse hjelpemidlene kan da bli at flere pasienter får riktig kvalmebehandling, som er tilpasset hver enkelt. Og det er en fordel at man kan evaluere tiltakenes effekt underveis i behandlingen.

Reitan og Schjøberg (2004) skriver at det er stor interesse for begrepet livskvalitet innenfor sykepleie i dag. Dette har vært en positiv utvikling for pasientene. Kunnskap om forskjellige definisjoner på begrepet livskvalitet kan hjelpe sykepleiere til å tenke og gi bedre handlingsegenskaper i møtet og samarbeidet med pasienter. Det er viktig å finne de pasientene som har dårlig livskvalitet, for å finne ut hvilke områder disse pasientene har behov for hjelp på. Dette er grunnleggende for at sykepleiere skal kunne gi den beste sykepleien (Knutstad og Nielsen 2005). Sykepleiere kan bidra til at pasientene får økt livskvalitet ved at de hjelper pasientene til å se sine muligheter og ressurser fremfor begrensinger (Reitan og Schjøberg 2004).

"It`s like having a hangover and being strapped on to a roller-coaster..... And you can`t get away; It won`t go away, it`s so powerful". (Bergkvist og Wengstrøm 2006)

6.2.3 Pasientenes egne mestringsstrategier

Våre funn viser at mestring bidrar til økt livskvalitet, ved at det gav pasientene i studiene en reduksjon av kvalmen (Molassiotis et. al 2008, Bergkvist og Wengstrøm 2006, Anderesen et. al 2006 og Williams og Schreier 2004).

Sykepleiere bør derfor støtte pasientene i troen på mestring. Man må ta i bruk pasientens kunnskaper, vilje, egenskaper og ressurser. Mestringsstrategier handler om forskjellige metoder mennesker tar i bruk for å gjenvinne kontroll over sitt eget liv.

Dette kan være med på å styrke pasientens selvbilde og gi en opplevelse av egenverd og kontroll (Reitan og Schjølberg 2004). Her kommer det frem store likheter mellom teori og forskning. De pasientene som ble støttet i troen på mestring, og fikk ta i bruk sine ressurser og egenskaper, opplevde en bedre kontroll over kvalmen, og de fikk økt livskvalitet (Molassiotis et. al 2008, Bergkvist og Wengstrøm 2006, Anderesen et. al 2006 og Williams og Schreier 2004).

I våre funn kommer det frem at pasientene kunne lære seg ulike mestringsstrategier som kunne hjelpe de å forebygge og lindre kvalmen. Kognitive strategier, positiv tenkning, skrive i dagbøker, bruk av lydbånd og kostholdsplan er mestringsstrategier pasientene i benyttet seg av (Molassiotis et. al 2008, Bergkvist og Wengstrøm 2006, Anderesen et. al 2006, Williams og Schreier 2004, Bohemke og Dickerson 2005, Boot et.al 2007). I Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2005) står det at den subjektive opplevelsen av muligheten til og lykkes står sentralt når det gjelder valg av mestringsstrategi. Valg av strategi vil være nært knyttet til menneskets personlighet.

Pasientene som lærte seg mestringsstrategier gjennom å lytte til lydbånd opplevde at de fikk en bedre mestringsevne, økt selvtillit, kunnskap, bedre kontroll og livskvalitet skriver Williams og Schreier (2004). Pasientene opplevde også etter hvert en reduksjon i bivirkninger. Lydbåndene innehold informasjon om kosthold, trening, og ulike avslappingsteknikker. Det vises i artikkelen til at pasientene selv må få delta i planleggingen av tiltak.

I artikkelen til Molassiotis et. al (2008) ble kostholdsplan benyttet som et tiltak for å forebygge og lindre kvalme. Pasientene lærte seg etter hvert når og hva de kunne spise (Molassiotis et. al 2008, Bergkvist og Wengstrøm 2006). Ernæring til pasienter som får cytostatikabehandling er en utfordrende oppgave. Det er lettere å forebygge enn å behandle et kvalme- og ernæringsproblem (Reitan og Schjølberg 2004). Sykepleieren har en viktig oppgave når det skal utarbeides en kostholdsplan til kreftpasienter. Sammen med pasienten må sykepleieren kartlegge pasientens spise og kostvaner, og utarbeide en kostholdsplan som er tilpasset pasientens individuelle behov (Sortland 2007).

Som sykepleier er det viktig å hjelpe pasienten i å finne strategier som kan bidra til mestring (Knutstad og Nielsen 2005). For å støtte muligheten til mestring må en først og fremst ta utgangspunkt i pasientens ressurser på individuelt nivå. Målet er å gjøre personen delaktig i egen mestring, og støtte opp under hans mestringsstrategier, og fremme utviklingen mot det pasienten opplever som god mestring (Reitan og Schjølberg 2004).

At kvinner med brystkreft får kunnskap om ulike strategier som kan føre til mestring er avgjørende for livskvaliteten (Bohemke og Dickerson 2005). Pasienten kan reagere med sjokk, angst og sinne på sin nye situasjon. Pasientene vil ha behov for ny læring for å tilpasse seg en ny livssituasjon. Sykepleieren må forsøke å legge forholdene til rette for det pasienten ønsker, og gi dem alternativer så hver enkelt pasient har et valg (Reitan og Schjølberg 2004). Knutstad og Nielsen (2005) skriver at det beste for pasienten må være å få laget en individuell mestringsstrategi, som tar utgangspunkt i den enkelte pasients situasjon.

En bør være kritisk når det gjelder å vurdere pasientens mestring til god eller dårlig mestring. Denne kritiske vurderingen bygger på at mennesker som står utenfor situasjonen lager en mestringsstandard, uten å ta hensyn til at mennesker alltid befinner seg i en sammenheng, og at effekten på mestringsstrategiene er individuell. Mennesker reagerer individuelt på livets utfordringer (Reitan og Schjølberg 2004).

At pasienter som opplever kvalme føler at de mister kontrollen over livet, har vi selv erfart. Våre funn viser imidlertid at pasientene kan lære seg mestringsstrategier som gjør at de kan gjenvinne denne kontrollen (Williams og Schreier 2004, Molassiotis et. al 2008, Bergkvist og Wengstrøm 2006, Anderesen et. al 2006). Sykepleiere må derfor se

pasientenes ressurser og muligheter, og støtte pasienten i troen på mestring. Dette vil kanskje bidra til at flere pasienter får økt livskvalitet? (Reitan og Schjølberg 2004).

6.2.4 Registrering og kartlegging av kvalme

I følge våre funn brukte pasientene loggbok/dagbok som et tiltak for å registrere og kartlegge kvalmeopplevelsen. Pasientene skrev ned sine subjektive opplevelser, intensitet, effekt av de ulike intervensjonene og bivirkninger (Andersen et. al 2006 og Dibble et. al 2007, Boot et. al 2007). Reitan og Schjølberg (2004) skriver at hensikten med bruk av dagbok er at pasienten får skrevet ned opplevelsen av kvalme så nøyaktig som mulig, og får registrert ned de faktorene som utløser kvalme. Pasienter kan finne mening i skapende verdier ved at ens ressurser tas i bruk. Dette ved for eksempel å skrive i loggbok/dagbok, eller fortelle om egne erfaringer ved sykdom. Ved å dele sine erfaringer, og kanskje hjelpe andre i lignende situasjon, kan lidelsen bli mindre meningsløs. Våre egne erfaringer fra tidligere praksis tilsier at det kan hjelpe pasientene å få fortelle om sin sykdom. Sykepleiere bør derfor være åpne og ikke være redde for å gå inn i vanskelige situasjoner (Knutstad og Nielsen 2005).

I studiene til Dibble et. al (2007), Andersen et. al (2006) og Boot et. al (2007) ble kvalmeskala og scoringssystem brukt for å registrere hyppighet og intensitet på kvalmen. Dette er hjelpemidler som kan bidra til økt livskvalitet for pasienten (Dibble et. al 2007, Andersen et. al 2006 og Boot et. al 2007). Her er det likheter mellom teori og forskning. Sykepleiere kan ved å registrere og dokumentere kvalmeopplevelsen til pasientene komme med forebyggende og lindrende tiltak. Pasienten bør i tillegg oppmuntres til selv å registrere kvalmens frekvens, varighet og alvorlighetsgrad på skjema. Det er viktig å få tak i pasientens kvalmeopplevelse, og hvordan den påvirker livskvaliteten (Knutstad og Nielsen 2005).

Norheim (2009) skriver at grunnen til at det kan være vanskelig å forebygge og lindre kvalme kan være fordi kvalme er vanskelig å utrede. I tillegg kan tilstanden være vanskelig å måle. Dersom man skal telle eller måle følelser, må de graderes på en tallskala eller settes i følelseskategorier. I våre funn ble det benyttet kvalmeskala, hvor pasientene rangerte kvalmen på en skala fra 0-4 og 0-12 (Dibble et.al og Booth et.al 2007). Denne

typen omgjøring av informasjon til tallkategorier kan føre til at mange nyanser og funn går tapt i kategoriseringen. Man mister dermed den helhetlige pasientopplevelsen av kvalmen ved å gjøre en slik omkoding.

6.2.5 Informasjon

”Sykepleiere fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”
(Håndbok for sykepleierstudenter 2009 – 2010)

Den første informasjonssamtalen før kjemoterapibehandling kan med fordel foregå mellom pasient, lege, pårørende og sykepleier. Etter denne samtalen er det sykepleierens ansvar å utdype videre og avklare det legen informerte om. Like viktig er det at sykepleier og pasient snakker sammen om tiden fremover, om forventede bivirkninger og pasientens forventninger til behandlingen. Målet med denne informasjonen må være å forberede pasienten på behandlingen og mulige bivirkninger. Pasienter som er forbedt på bivirkninger som kan oppstå, vil lettere kunne takle og akseptere plagene (Reitan og Schjølberg 2004). Også i våre funn fremgår det at akseptering er viktig (Molassiotis et. al 2008).

I studien til Browall et.al (2006) savnet pasientene at sykepleierne satte av tid til å gi informasjon. Kvinnene som skulle få cytostatika hadde mange spørsmål på forhånd av behandlingen. Men de synes det var vanskelig å vite hva de skulle spørre om og opplevede at sykepleierne la for mye ansvar på de i forhold til hva slags informasjon som ble gitt. For lite informasjon førte til at kvinnene ble stresset og nervøse (Browall et. al 2006).

Tid er ofte et problem for helsevesenet. Derfor er det viktig å ha god kommunikasjon i den tiden man har til rådighet (Reitan og Schjølberg 2004). Pasienten bør bli oppfordret til å stille spørsmål underveis. Dermed kan det som virker stressende og ukjent på pasienten gjøres kjent og virke mindre skremmende (Bergkvist og Wengstrøm 2006). Våre egne erfaringer og opplevelser fra praksis tilsier at det er ikke alltid mangel på tid som er problemet når en skal gi informasjon, men at det av og til kan ligge i prioriteringene til sykepleierne. Men vi har også opplevd at det er for dårlig tid til å gi pasientene

tilstrekkelig med informasjon, da det ofte er travelt, og for lite sykepleiere på jobb. Konsekvensene ved for dårlig tid til å gi informasjon, kan for pasientene være at de ikke får tilstrekkelig med informasjon om sykdom og bivirkninger. Dette kan igjen føre til at pasientene føler seg tilsidesatt og at de ikke mestrer sin situasjon.

Reitan og Schjølberg (2004) skriver at sykepleier må stille spørsmål og styre temavalg for å få et grunnlag for å handle faglig forsvarlig. Men dersom det er bare sykepleier som skal styre samtalene, er det et dårlig utgangspunkt for å få pasienten til å bli deltakende, og det kan svekke muligheten for senere samarbeid.

Når pasienter skal få informasjon om cytostatikabehandling kommer det av og til mye informasjon på en gang, og det er viktig å få med seg at informasjonen som blir gitt blir forstått av pasientene (Bergkvist og Wengstrøm 2006). Informasjon bør derfor bli gitt både skriftlig og muntlig (Kvåle 2002). Informasjon må ta utgangspunkt i pasientens behov og den situasjonen hun befinner seg i. Pasienten er avhengig av informasjon for og senere kunne ta valg, og planlegge fremtiden. Et av kreftpasienters største problem er tap av kontroll i forhold til helse og fremtidsutsikter. En kreftdiagnose fører med seg uro og bekymring. Alle mennesker som befinner seg i en vanskelig situasjon, prøver å finne en mening med det som skjer (Reitan og Schjølberg 2004).

Det har de siste årene blitt et større krav om informasjon fra pasientenes side. De krever å få være mer deltakende og de krever informasjon på en helt annen måte, enn for noen år siden. Antallet pasientklager er sterkt økende på grunn av dårlig eller manglende informasjon. Disse klagene kan tyde på at de tradisjonelle sykepleierne har vanskeligheter med å omstille seg til nye tider, derfor blir de hengende etter når det gjelder pasientenes behov og krav om informasjon (Esbensen 2002).

Sykepleiere har ut i fra etiske retningslinjer ansvar for å gi informasjon som har betydning for sykepleieutøvelsen. Pasienten har rett til å vite om sin egen helse og sykdom, men ingen plikt. De fleste pasienter ønsker full informasjon, mens andre ønsker å bli informert fortrinnsvis. Mennesker kan ikke påtvinges informasjon. Hensikten med god informasjon til pasienten er å gi en overordnet innsikt i hva som hender, slik at situasjonen kan oppleves mest mulig forutsigbar. (Reitan og Schjølberg 2004).

I følge våre funn kan god og tilstrekkelig med informasjon redusere bivirkninger. I studien til Williams og Schreier (2004) kunne pasientene høre på lydbånd og snakke i telefonen med helsepersonell når de følte behov for det. Lydbånd hadde en positiv effekt på pasientene, da de kunne høre på lydbåndene hjemme, og når de selv ville. God sykepleie handler om å lytte til pasientene (Kristoffersen 2005). Gjennom lydbånd kan det muligens være vanskelig å skape en god kommunikasjon. Å forstå pasientene krever lytting. Gjennom lytting kan en gi oppmerksomhet og vise interesse for pasienten. Det er viktig å bli hørt. Det er derfor avgjørende at sykepleier kommuniserer med pasienten (Thornquist 2009).

6.2.6 Medikamentell behandling

Våre funn viser at medikamentell behandling er en stor og viktig del av forebyggingen og lindringen av kvalme. Kvalmekontroll med medikamenter er viktig for å bedre pasientenes fysiske og psykiske velvære, og bør være et prioritert område (Kvåle 2005). I våre funn ble medikamenter som Ondansetron, Dexametasone, Granisetron, Proklorperazin og Dolazetron mest brukt (Lee et. al 2005, Bergkvist og Wengstrøm 2006, Lindley et. al 2005, Fasching et. al 2008). Dette stemmer overens med medikamenter som er anbefalt for cytostatika induert kvalme i Kvåle (2005) og Reitan og Schjølborg (2004).

Sykepleiere må alltid holde mulighetene åpne for at det kan være flere årsaker til kvalme. Kjemoterapien trenger ikke være den eneste grunnen til kvalme hos en kreftpasient. En skal også alltid vurdere om det kan være bivirkninger av medikamenter som forårsaker kvalmen (Knutstad og Nielsen 2005).

Molassiotis et. al (2008) skriver at 16 av 17 pasienter i studien mente at medikamentell behandling hjalp mot kvalmen. Men dersom forebyggingen av kvalme skulle bli optimal var det avgjørende at medikamentene ble tatt til rett tid. Kvåle (2002) skriver at det er viktig å merke seg sykepleierens rolle og ansvar i forhold til medikamenthåndtering. Det forventes at sykepleiere har kunnskaper om farmakologi og kan foreta selvstendige vurderinger av den antiemetiske behandlingen som legen har forskrevet. Samtidig er det viktig at sykepleiere informerer pasienten om de ulike medikamentene og eventuelle bivirkninger som kan forekomme.

Vi har opplevd fra praksis at kunnskapen om den medikamentelle behandlingen av kvalme i noen tilfeller har virket mangelfull. Vi har erfaringer med at dersom pasienter var kvalme, så var det stort sett Afipran som ble gitt. Ved at sykepleiere bruker informasjon fra kvalmeskalaer, dagbøker og spørreskjema kan de tilegne seg mer kunnskap om medikamentenes effekt på pasientene. Dette kan bidra til at flere pasienter får riktig kvalmebehandling, og økt livskvalitet.

6.2.7 Alternativ behandling

Sykepleiere må være opptatt av hvordan pasientene opplever og mestrer sin situasjon. Som sykepleier skal en vurdere pasientenes individuelle opplevelser innenfor en medisinsk og sykepleiefaglig ramme. Sykepleiere må kunne iverksette tiltak for å øke pasientenes livskvalitet. Pasienten skal veiledes i og oppmuntres til ikke – medikamentell behandling av kvalmen (Knutstad og Nielsen 2005).

I våre funn kom det frem at det å hjelpe pasientene til å lære seg egne mestringsstrategier reduserte bivirkningen kvalme. Pasientene opplevde dette som et bra tilbud og de opplevde å få større kontroll. Komplementær alternativ behandling kan også være et slikt tilbud. Gjennom alternative behandlingsformer har mange pasienter fått hjelp til stressmestring, et forbedret kosthold, spesifikke treningsformer, og de har fått kontakt med kreative ressurser, som kan hjelpe de til å mestre sin hverdag. Komplementær alternativ behandling har også vist seg å ha en god effekt på pasienter som får cytostatikabehandling i forbindelse med kreftsykdom. Ved å trykke på ulike akupressurpunkter kan en redusere symptomer og bivirkninger (Myskja 2008).

Akupressur er en alternativ metode som er lett for pasienten å forholde seg til. Metoden har til hensikt å lindre kvalme (Kvåle 2005). I en av våre artikler kom det frem at akupressur ble brukt på kvinner som fikk cytostatika for brystkreft. Pasientene som mottok akupressur på de riktige P6 punktene hadde god effekt på å redusere kvalme og oppkast (Dibble et.al 2007). Akupressur innebærer et press på akupunkturpunktet. Dette punktet kalles for P6 punktet eller Neiguan- punktet. Punktet ligger på innsiden av håndleddet i tre

fingerbreddes avstand fra håndleddets distale hudfold (se vedlegg 1). Ved hjelp av et håndleddsband som festes på P6- punktet, kan kvalmen reduseres (Kvåle 2005).

Avslapningsteknikker har også vist seg å ha positiv effekt på å redusere den cytostatikainduerte kvalmen (Knutstad og Nilsen 2005). Ved at pasienter blir inkludert, og selv tar del i behandlingen kan det gi følelse av mestring og økt livskvalitet. Pasientene i studien til Andersen et. al (2006) deltok på et 6 – ukers langt strukturert treningsprogram, som inneholdt blant annet øvelse i avslapning, kropps – bevissthetsteknikker og massasje. Pasientene opplevde at treningen hadde en god effekt på kvalmen der og da.

I felt sick this morning, and I didn't want to go - But I went anyway. The first half – hour I didn't feel well, I was dizzy and nauseous. But then things changed – when I returned home after my massage, I was very happy that I participated. I felt well for a few hours today (Andersen et. al 2006).

I Knutstad og Nielsen (2005) står det skrevet at sykepleiere kan instruere pasientene inn i avslapning. Der målet er å få pasienten til å føle velbehag. Pasienter som søker alternative behandlingsformer har forskjellige motiver for å gjøre dette. Alternativ behandling blir sjeldent valgt som primærbehandling, men som et supplement til vanlig behandling. De som er interessert i å prøve alternative terapier ønsker det ikke som enten – eller, men som både – og (Myskja 2008).

I boken til Langer (2004) står det skrevet at kreftpasienter ofte følte at alternativ behandling var en måte å være aktiv på, og selv gjøre noe for å bedre sin helse. Det viktigste er ikke alltid at de alternative metodene kurerer sykdom, men at de hjelper pasientene til selv å ta del i sin behandlingsprosess (Myskje 2008).

Almås (2001) skriver at pasienter synes å oppleve at den formen for behandling som gis innenfor helsevesenet ofte virker upersonlig. Det økende kravet til effektivitet og tidspress kan gi pasientene en følelse av at det bare er sykdommen som blir behandlet. Årsaken til at noen pasienter føler det på denne måten kan komme av at informasjon som pasienten har fått, har vært mangelfull. Dette fører da til at pasientene ikke får en god nok forståelse av den medisinske behandlingen. Resultater fra forskning som blir presentert i media kan gi pasienter urealistiske forhåpninger. Hvis behandlingen ikke hjelper, fører det til en skepsis

ovenfor det etablerte helsevesenet. Media gir ofte en positiv omtale av alternative metoder som ikke er i tråd med etablert medisin. Dette kan være med på å skape en positiv innstilling til de alternative behandlingsformene (Almås 2001). Det er også mange pasienter som synes at den alternative behandlingen blir for lite tilbydd. (Langer 2004). Legenes behandling er stort sett basert på forskning, mens de alternative behandlingsformene er basert på teorier, holdninger og tro. På grunn av den utbredte mangelen på dokumentasjon opplever mange leger at det er vanskelig å råde pasientene til alternativ behandling (Esbensen 2002).

Komplementær alternativ behandling må utøves innenfor en ramme av ansvarlighet, der det legges vekt på egenomsorg og personlig bevisstgjøring. Det finnes et selvhelbredende system i vår kropp og sinn som kan aktiveres med de rette signalene. Vår evne til selvhelbredelse kan ikke alltid kurere oss, men vil kunne påvirke vår mestring og livskvalitet (Myskje 2008)

Fra praksis har vi lite erfaringer med bruk av alternative behandlingsformer, noe som kan tyde på at det er lite fokus på området. Vi har erfaringer med at dersom pasientene ønsket alternativer til den vanlige medisinske behandlingen, var det noe som pasientene selv måtte ta initiativ til. Dette kan gi konsekvenser som at pasientene ikke opplever at de får tilstrekkelig tilbud om kvalmebehandling.

7. Konklusjon

Studiens resultat viser at opplevelsen av cytostatikaindusert kvalme er subjektiv, og at den påvirker både fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Sykepleiere må vurdere pasientenes individuelle kvalmeopplevelse, og dens effekt på livskvalitet. I vårt resultat kom det frem at pasienter som lærte seg mestringsstrategier fikk økt selvtillit og livskvalitet. Ved at de selv ble en del av behandlingen, opplevde de at de fikk en større kontroll over sine liv. Sykepleiere bør være støttende i pasientens tro på mestring, og hjelpe pasienten å se sine ressurser fremfor begrensninger. Sykepleiere kan samle pasientinformasjon fra kvalmeskalaer, intervju og dagbøker/loggbøker og hjelpe pasienten med å lage individuelle strategier i behandlingen av kvalme. I følge våre funn kan god informasjon være med øke pasientens selvkontroll. Å få veiledning og informasjon gjennom lydbånd hadde en positiv effekt på pasientene. Lydbånd kan være et aktuelt tiltak, da det kan være mangel på tid. Medikamentell behandling er fortsatt en stor og viktig del i forebyggingen og lindringen av kvalme. Sykepleiere må ha kunnskap om ulike medikamenter, bivirkninger, og hva som har best virkning på hver enkelt pasient. Funnene viser også at alternative metoder som akupressur og avslapningsteknikker kan gi en reduksjon av kjemoterapiindusert kvalme.

Vi mener at denne litteraturstudien kan gi viktig kunnskap om cytostatikaindusert kvalme. Våre funn viser at det finnes mange ulike tiltak som kan redusere kvalme relatert til cytostatika. Men vi mener det handler om at sykepleiere må ha være oppmerksomme på, og ta i bruk både medikamentelle og ikke – medikamentelle behandlingsformer og tiltak. Som i våre artikler anbefales det videre forskning innenfor dette temaet for å øke kunnskapen om pasientenes subjektive kvalmeopplevelse og intervensjonenes effekt på pasientene.

LITTERATURLISTE

Aadland, Einar. 2006. *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: universitetsforlaget.

Akin, Semiha, Culbeyaz Can, Zehra Durna og Adnan Aydiner. 2008. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *European journal of oncology nursing* 12, 449-456.

Almås, Hallbjørg .2001. *Klinisk sykepleie*. 3 utgave Oslo: Gyldendal Akademisk

Andersen, Christiana, Lis Adamsen, Tom Moeller, Julie Midtgaard, Morten Quist, Anders Tveteraas and Mikael Rorth. 2006. *European journal of oncology nursing* 10, 247-262

Bergkvist, Karin og Yvonne Wengstöm. 2006. Symptom experiences during chemotherapy treatment- with focus on nausea and vomit. *European journal of oncology nursing* 10, 21-29.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008. *Fagutvikling og forskning I klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo, Akribe.

Boehemke og Suzanne Dickerson. 2005. Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer nursing*. Vol. 28, no 5.

Booth, Christopher M, Mark Clemons, George Dranitsaris, Anil Joy, Scott Young, Walter Callaghan, Maureen Trudeau og Teresa Petrella. 2007. Chemotherapy- induced nausea and vomiting in breast cancer patients: A prospective observational study. *The journal of supportive oncology* 5:374-380

Browall, Maria, Gastone Johansson og Ella Danielson.2006. Postmenopausal women with breast cancer: Their experiences of the chemotherapy treatment period. *Cancer nursing*. Vol. 29 34-42.

- Dahl, Olav. 2009. *Medikamentell kreftbehandling, Cytostatikaboken*. 7.utgave. Oslo: Farmakologisk institutt, Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Det medisinske fakultetet, Universitet I Oslo.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode for oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dibble, Suzanne L., Judy Luce, Bruce A. Cooper, Jill Israel, Misha Cohen, Brenda Nussey og Hope Rugo. 2007. Acupressure for chemotherapy- induced nausea and vomiting: A randomized clinical trail. *Oncology nursing forum* 34, 4.
- Esbensen, Bente Appel. 2002. *Mennesker med kræft – sygepleie i et tværfagligt perspektiv*. Danmark: Munksgaard Danmark
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2003. *Att og göra systematiska litteraturstudier*. Sverige: Natur och kultur.
- Gjengedal, Eva og Rita Jakobsen. 2001. *Sykepleie: praksis og utvikling*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Heggdal, Kristin. 2006. *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Hofstad, Eivor. 2009. Fagartikkel fra tidsskriftet Sykepleien 2009. *Pasienter får tilfeldig kvalmebehandling*.
- Håndbok for sykepleiestudenter. 2009-2010*.
- Kearney, Nora, Morven Miller, Roma Maguire, Shelly Dolan, Roseanne Macdonald, Joan Mcleud, Louise Maher, Lesley Sinclair, John Norrie og Yvonne Wengstöm. 2008. *Wiscare: Results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms*. *European journal of oncology nursing* 12, 443-448.
- Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen. 2006. *Sykepleieboken 2. Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribes

- Kristoffersen, Nina Jaren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2005. *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kvåle, Kirsti. 2002. *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kåresen, Rolf og Erik Wist. 2009. *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Langer, Jerk W. 2004 *Alternativ behandling*. Oslo: Cappelen Forlag AS
- Lee, Jiyeon, Suzanne L Dibble, Mary Pickett og Judith Luce. 2005. Chemotherapy-induced nausea and vomiting and functional status in women treated for breast cancer. *Cancer nursing* vol. 28, no 4.
- Lindley, Celeste, Susan Goodin, Jeannie McCune, Michael Kane, Ahinee Amamoo, Stacy Shord, Trin Pham, Sally Yowell, Kevin Laliberte, Michael Schell, Stephen Bernard og Mark. A. Socinski. 2005. *American Journal of Clinical Oncology* Vol 28, number 3. June
- Malterud, Kirsti. 2003 *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markussen, Kristin. 2005. *Kvalme- en sykepleiefaglig utfordring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Molassiotis, Alexander, Carrie T Stricer, Beth Eaby, Luke Velders og Peter A Coventry. 2007. Understanding the concept of chemotherapy-related nausea: the patient experience. *European journal of cancer care* 17.444-453.
- Myskja, Audun. 2008 *På vei mot en integrert medisin*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Norheim, Arne Johan. 2009. *Komplementær og alternativ medisin*. Oslo: Høgskoleforlaget.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv M. Reinar. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleier forbund

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2009. *Database for statistikk om høgare utdanning*, <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest:10.02.2010)

Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg. 2004. *Kreftsykepleie pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe forlag

Roscoe, Joseph A, Peter Bushunow, Gary R Morrow, Jane T Hickok, Philip J Kuebler, Andrew Jacobs og Tarit K. Banejee. 2004. Patient expectation is a strong predictor of severe nausea after chemotherapy. *Cancer vol. 101*, no 11.

Sortland, Kjersti. 2007. *Ernæring: mer enn mat og drikke*. 3. utgave. Fagbokforlaget.

Thornquist, Eline. 2009. *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Williams, Susan A. og Ann M Schreier. 2004. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology of nursing forum*. Vol. 31, no 1.

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2. utgave. Lund studentlitteratur.

Vedleggsoversikt

Vedlegg I: Bilde av P6 punktet

Vedlegg II: Bilaga G: Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod.

Vedlegg III: Bilaga H: Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod.

Vedlegg IV: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg I



Neiguan/P6 punktet

VedleggII

Bilaga G

Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
Adekvat statistisk metod? Ja Nej
Etiskt resonemang? Ja Nej
Hur tillförlitligt är resultatet?
Är instrumenten valida? Ja Nej
Är instrumenten reliabla? Ja Nej
Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare sign:

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)

Vedlegg IV

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/fracfall	Hovedfunn	Kvalitet
Bergkvist Karen, og Wengstrøm Yvonne (2006) Sverige European Journal of oncology Nursing	Symptom experience during chemotherapy treatment, with focus on nausea and vomiting	Å få en forståelse av kreftspasienters erfaringer med kjemoterapirelatert kvalme og brekninger, og hvordan disse plagene virker inn på deres daglige liv..	Kvalitativ Intervjuer med fem hovedkategorier. Før diagnosen, å være syk, konsekvenser for hverdagen, gå gjennom kjemoterapibehandling, mestring under behandling og etter behandling.	9 kvinner med ulike krefttyper som blir behandlet med kjemoterapi fra 27-60 år.	Individuelle opplevelser av kvalme og brekninger under kjemoterapi kan ha en dyp effekt på hvordan behandlingen oppleves og påvirker fremtidige beslutninger om videre behandling.	God*
Andersen, Christiana, Lis Adamsen, Tom Moeller, Julie Midtgaard, Morten Quist, Anders Tveteraas og Mikael Rorth (2006) Danmark,	The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side effects in cancer patients undergoing chemotherapy the use of semistructured diaries	Å vurdere effekten av et flerdimensjonalt program på bivirkninger og symptomer hos pasienter som blir behandlet med kjemoterapi.	Kvantitativ og kvalitativ. Her ble dagbøker benyttet.	54 kreftpasienter mellom 18 og 65 år deltok. Alle hatt gjennomgått minst en kjemoterapibehandling	Resultatene indikerer at et 6 ukers multidimensjonalt treningsintervensjon gjennomført av kreftpasienter som gjennomgår kjemoterapi kan føre til reduksjon av behandlingsrelaterte symptomer.	God*

European journal of oncolgy Nursing						
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Dibble, Suzanne L., Judy Luce, Bruce A. Cooper, Jill Israel, Misha Cohen, Brenda Nussey og Hope Rugo (2007) USA Oncolgy Nursing forum	Acupressure for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Randomized Clinical Trial	Å finne ut om kvalmen kunne reduseres ved hjelp av å bruke et håndleddsband på P6- punktet.	Kvalitativ. Deltakerne ble delt inn I tre grupper. En gruppe ble behandlet med akupressur, en gruppe med placebo-akupressur og den tredje gruppen ble behandlet med vanlig omsorg.	160 kvinner deltok i undersøkelsen.	Pasientene ble delt inn i gruppen hvor ene fikk håndleddsband på det rette P6- punktet og en gruppe fikk håndleddsband på feil plass. Det viste seg at håndleddsband på det rette P6-punktet kunne bidra til reduksjon av kvalme.	God*
Lee, Jiyeon, Suzanne L Dibble, Mary Pickett og Judith Luce. (2005) USA Cancer Nursing Vol 28	Chemotherapy-induced Nausea/Vomiting and Functional Status in Women Treated for breast Cancer	Hensikten var å finne ut om det var en forskjell mellom akutt kvalme og forsinket kvalme i forhold til kjemoterapi indusert kvalme og deres	Kvantitativ. Daglig logg/ dagbøker og kvalmeskalaer ble benyttet.	353 pasienter var inkludert, men bare 303 fullførte studien	Kontroll over kjemoterapi indusert kvalme er svært viktig og virker mindre belastende for pasientene.	God*

		funksjonelle status.				
--	--	----------------------	--	--	--	--

Boehmke M og Suzanne Dickerson. (2005) USA Cancer Nursing	Symptom, Symptom Experience, and Symptom Distress Encountered by Women With Breast Cancer Undergoing Current Treatment Modalities	Å finne ut likheter og ulikheter I forhold til symptomer mellom kvinnene.	Kvalitativ. Her ble intervju benyttet	20 tilfeldige kvinner som mottok kjemoterapi ble brukt I denne studien.	Erfaringene kvinnene beskrev var at de hadde like symptomer under lik behandlingsmetode, men intensiteten var forskjellig. Informasjon om symptomene ble derfor viktig.	Middels*
Molassiotis, Alexander, Carrie T Stricer, Beth Eaby, Luke Velders og Peter A Coventry (2008) England	Understanding the concept of chemotherapy-related nausea: the pasient experience.	Å undersøke pasientens opplevelse av kjemoterapirelatert kvalme og bedre forståelsen av hvordan dette påvirker pasientens liv.	Kvalitativ. Her ble intervju benyttet.	17 pasienter deltok I studie. 10 menn og 7 kvinner som hadde opplevd kvalme relatert til kjemoterapibehandling.	Bevisstgjøring av egne strategier for å håndtere kvalme er viktig. Informasjon om bivirkninger mente pasientene var viktig å registrere for å bedre deres livskvalitet.	God*

European Journal of cancer care						
Booth, Christopher M, Mark Clemons, George Dranitsaris, Anil Joy, Scott Young, Walter Callaghan, Maureen Trudeau og Teresa Petrella. (2007) Canada The journal of supportive oncology	Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting in Breast Cancer Patients: A Prospective Observational Study	Å undersøke intensiteten av kvalmen, og effekten av ulike kvalmestillende medikamenter kunne bedre deres livskvalitet.	Kvantitativ. Telefonintervju, daglig loggbok/ dagbok ble benyttet. Kvalmeskala ble også utført.	143 pasienter med brystkreft ble medbrakt i studien.	Intensiteten viste at mange opplevde kvalme under behandlingen. Ved hjelp av medikamenter ble kvalmen redusert. Mange av pasientene ble kvalme av tanken av cytostatika.	God*
Akin, Semiha, Culbeyaz Can, Zehra Durna og Adnan Aydiner. (2008) Tyrkia	The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy	Å beskrive livskvaliteten av kvinner med brystkreft som gjennomgår kjemoterapi behandling.	Kvantitativ. Statistikk ble utført.	141 pasienter med brystkreft var med i denne undersøkelsen	Studien viser at ukontrollert kvalme og oppkast har en effekt på livskvaliteten til pasientene.	Middels*

European Journal og Oncology Nursing						
Lindley, Celeste, Susan Goodin, Jeannie McCune, Michael Kane, Ahinee Amamoo, Stacy Shord, Trin Pham, Sally Yowell, Kevin Laliberte, Michael Schell, Stephen Bernard og Mark. A. Socinski. (2005) North Carolina American Journal of Clinical	Prevention of Delayed Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting After Moderately High to Highly Emetogenic Chemotherapy	Var å sammenligne de kvalmestillende medikamentene ondasetron, proklorperazin og dexamentasone.	Kvantitativ	232 kvinner var med I undersøkelsen. 78 psienter fikk ondasetron, 72 fikk proklorperazin og 82 fikk dexamentasone.	Resultatet viste at disse tre medikamentene reduserte kvalmen, men at bivirkningene av medikamentene var ulike.	Middels*

Oncology						
Browall, Maria, Gastone Johansson og Ella Danielson. (2006) Sverige Cancer Nursing	Postmenopausal Women With Breast Cancer: Their Experiences of the Chemotherapy Treatment Period	Å belyse forventningene eldre kvinner med brystkreft har på forhånd av kjemoterapi behandlingen. Hensikten var å finne forskjell mellom yngre og eldre kvinner.	Kvalitativ. Intervju og dagbøker ble benyttet.	20 kvinner var med i undersøkelsen hvor kvinnene skulle være 55 år eller eldre.	Det ble ikke gjort noen funn på ulikheten mellom eldre og yngre om ulikhet til forventninger på forhånd. Forventningene gikk stort sett ut på det samme, og de fleste forventet å bli kvalme. Informasjon fra sykepleiere ble savnet.	God*
Kearney, Nora, Morven Miller, Roma Maguire, Shelly Dolan, Roseanne Macdonald, Joan Mcleud, Louise	Wisecare: Results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms	Hensikten var å forbedre pasientens livskvalitet ved hjelp av forbygging og styrke bivirkninger	Kvantitativ. Her blir statistikker, skalaer og tabeller brukt som hjelpemiddel.	30 kreftpasienter var med i undersøkelsen. De skulle være over 18 år.	Muskelavslapping spiller en viktig rolle, og reduserer kvalme.	Middels*

<p>Maher, Lesley Sinclair, John Norrie og Yvonne Wengstöm. (2008) England European Journal of Oncology Nursing</p>						
<p>Roscoe, Joseph A, Peter Bushunow, Gary R Morrow, Jane T Hickok, Philip J Kuebler, Andrew Jacobs og Tarit K. Banejee. (2004) USA Cancer</p>	<p>Patient expectation is a strong predictor of severe nausea after chemotherapy</p>	<p>Å kartlegge pasientenes forventninger på forhånd før kjemoterapi behandlingen for å se om det var en utløsende faktor</p>	<p>Kvantitativ. Det ble brukt spørreskjema før og etter behandlingen. Statistisk analyse av datamaterialet.</p>	<p>201 kvinnelige kreft pasienter som får sin første kjemoterapibehandling.</p>	<p>De kvinnene som hadde forventninger om at de kom til å bli kvalme på forhånd, var det 5 ganger høyere sannsynlighet for at de kom til å bli det, enn hos de som ikke trodde de kom til å bli det.</p>	<p>Middels*</p>

Williams, Susan A. og Ann M Schreier. (2004) Oncology Nursing forum	The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer	Å lære brystkreft pasienter som mottok kjemoterapi å håndtere bivirkninger.	Kvantitativ. Loggbok/dagbok ble benyttet. Også telefonintervju ble brukt.	70 kvinner var med i undersøkelsen. Det skulle være under den første kjemoterapi behandlingen.	I undersøkelsen ble en kontrollgruppe og en forsøksgruppe benyttet. Gjennom lydbånd skulle de få råd, veiledning og informasjon for å bedre sine mestringsstrategier i håndtering av bivirkninger.	Middels*
---	---	---	---	--	--	----------