



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Kreftpasienters opplevelse av cytostatikarelatert kvalme**

Linda N Sesseng og Linn Helèn Romuld

Totalt antall sider inkludert forsiden: 47

Molde, 27.11.2009



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Kreftpasienters opplevelse ved cytostatikarelatert kvalme**

**Tittel på engelsk: The experience of chemotherapy-related nausea in patients with cancer**

**Forfatter(e): Linda N Sesseng og Linn Helèn Romuld**

**Fagkode:**

**Studiepoeng:**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Jeanett V Unhjem**

## 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.

Oppgaver 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: 13.10.2009**

**Antall ord: 10142**

## **SAMMENDRAG**

Hos kreftpasienter som gjennomgår cytostatikabehandling er kvalme en kjent, fryktet og forventet bivirkning. Ca 70 % av pasienter som får cytostatikabehandling opplever kvalme. Hensikten med denne studien var å beskrive kreftpasienters kvalmeopplevelse under cytostatikabehandling, og undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe disse pasientene til å oppleve velvære. Oppgaven er et litteraturstudium, der vi har analysert kunnskap fra andres forskning. Totalt er det inkludert ni forskningsartikler. Resultatet tyder på at kvalmen oppleves svært forskjellig fra person til person, og at det kan påvirke fremtidige beslutninger om behandling. Det var mulig å få registrert informasjon om opplevelsen av kvalme. Pasienter som lærte seg egne mestringsstrategier fikk økt opplevelse av velvære. Nyttige redskap er video og lydbånd. En strategi for bedre kontroll på kvalme er akupressur. Konklusjonen er at tiltak i forhold til pasienter som er kvalm må tilpasses hver enkelt pasient. Sykepleier må kunne vurdere pasientenes subjektive opplevelser for å gi de hjelp og støtte til å kunne oppleve velvære. Ved å bruke pasientinformasjon fra kvalmeskalaer, dagbøker og intervju kan det lages individuelle strategier for håndtering av kvalme, samtidig som det tas hensyn til faktorer som tidligere erfaringer, alder og personlige forutsetninger.

Nøkkelord: Kjemoterapi, kvalme, kreft, velvære, pasientopplevelse

## **ABSTRACT**

With cancer-patient undergoing chemotherapy, nausea is a well known, feared and expected side-effect. Ca 70 % of the patient who gets chemotherapy experience nausea. The intention with this study was to describe cancer-patients who experience chemotherapy-related nausea, and investigate how nurses can help these patients to experience well-being. This task is a literature study, where we have analyzed knowledge from others studies. Total it is included nine research articles. The result indicates that the experience of nausea is very different from person to person, and it can have an influence on future decision in treatment. It was possible to register information about the experience of nausea. Patients who learned their own coping-strategies got increased experience of well-being. Useful tools are video and audio. A strategy for to better control nausea is acupressure. The conclusion is that the intervention related to the patient who is feeling nausea, have to adjust each patient. The nurse must be able to asses each patients subjective experience to give optimal well-being for the patient. Patient-information like nauseascale, diary and interviews can be used to make individual strategies for mastering nausea, as well as age, personal preconditions and earlier experience.

Key words: Chemotherapy, nausea, cancer, well-being, patient experience

# Innhold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hensikt .....	2
1.2 Problemstillinger .....	2
<b>2. BAKGRUNN</b> .....	<b>3</b>
2.1 Hva er cytostatika.....	3
2.2 kvalme .....	4
2.3 Pasientens velvære .....	5
2.4 Sykepleieintervensjoner for at pasienten skal oppleve velvære.....	6
2.5 Administrering av cytostatika .....	7
2.6 Komplementær alternativ behandling .....	8
<b>3. METODE</b> .....	<b>9</b>
3.1 Datainnsamling .....	9
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
3.3 Analyse av datamaterialet .....	12
3.4 Kvalitetsvurdering.....	13
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
4.1 Kvalme- en individuell erfaring .....	15
4.2 Egne mestringsstrategier .....	15
4.3 Kvalme- en forventet bivirkning .....	16
4.4 Akupressur og forbygging av forsinket kvalme.....	17
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>18</b>
5.1 Metodediskusjon .....	18
5.2 Resultatdiskusjon .....	20
5.2.1 Pasientens ressurser og muligheter .....	20
5.2.2 Informasjon og brukermedvirkning .....	22
5.2.3 Komplementær og alternativ behandling .....	25
5.2.4 Kartlegging av kvalme og behandlingseffekt .....	27
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>31</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>33</b>
Vedlegg 1. ....	
Vedlegg 2. ....	

# 1. INNLEDNING

Sykepleiere kan bli stilt overfor mange utfordringer i møte med kreftsyke pasienter. Å få kreft kan være mer enn at en legemsdel blir syk og satt ut av funksjon. De fleste går igjennom en tøff behandlingsperiode og må både fysisk og psykisk ta opp kampen for å overvinne sykdommen. De kan slite med følelser som usikkerhet og angst, og de pendler mellom håp og tvil. For å hjelpe pasienten på en best mulig måte er det relevant for sykepleierens utdanning og praksis at de har kunnskap innen dette temaet.

I en fagserie i kreftomsorg fra den Norske kreftforeningen (1999) står det blant annet at grunnlaget for dagens kreftbehandling er kirurgi, strålebehandling, cytostatikabehandling og hormonbehandling. Cytostatikabehandling har for enkelte kreftsykdommer ført til radikalt bedret prognose. Cytostatikabehandling kan strekke seg over måneder og år. Når målet med behandlingen er helbredelse eller betydelig livsforlengelse kan det være lettere å akseptere at behandlingen har til dels store bivirkninger. Fordi cytostatika virker på friske celler, og behandlingen ofte gjennomføres intensivt, vil bivirkninger praktisk talt alltid oppstå. Den optimale behandling er avhengig av hvor godt bivirkningen kontrolleres.

De fleste har nok opplevd nedsatt følelse av velvære på grunn av kvalme og oppkast utløst av forskjellige årsaker som reisesyke, graviditet, ubehagelig lukt og smak eller i forbindelse med sykdom. Vi har egne erfaringer, observasjoner og opplevelser i forhold til kreftpasienters kvalmeopplevelse under cytostatikabehandling. Da vi var i sykehuspraksis møtte vi pasienter som fikk cytostatikabehandling og vi observerte hvor ille kvalmen kunne være for enkelte. Kvalmen førte til nedsatt livskvalitet og var en stor påkjenning for pasienten og pårørende. Vi fikk også opplevelsen av at sykepleierne fokuserte mer på smertelindring enn å forebygge og lindre kvalme. Sykepleierne snakket om hvor viktig det var å få pasienten smertefri. Via litteratur og media har vi hørt om pasienter som i ettertid sier at det verste med cytostatikabehandlingen var kvalmen, og noen fikk så redusert livskvalitet at de slet med motivasjonen for å fullføre behandlingen.

Det kan være av interesse å få vite hvorfor det fortsatt er så få tiltak i forhold til kvalme, som har vært en kjent bivirkning så lenge. Uansett om kvalme fortsatt kommer til å være

en bivirkning ved cytostatikabehandling, kan den kanskje lindres bedre? Er det for lite kunnskap på dette området? Er kulturen slik at kvalme ”hører med”? Kan det være at sykepleierne er for ”rutinerte” til å se alternativer?

Kvalme og oppkast kan føre til nedsatt allmenntilstand, psykisk og sosial isolasjon og til og med gjør at pasienten slutter med behandlingen Esbensen (2002). Det er derfor av stor betydning å forebygge og behandle kvalme, slik at pasientene kan oppleve velvære.

Jeg kunne ikke holde ut tanken på at jeg skulle gjennom enda en cellegiftbehandling. Selv om jeg visste at denne kuren sikkert ville kurere kreftsykdommen min, så var kvalmen ved første behandling så forferdelig at jeg ikke ville kunne klare det igjen. Alt annet enn det (Sykepleien 2009:14).

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med denne studien var å beskrive kreftpasienters kvalmeopplevelse under cytostatikabehandling, og undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe disse pasientene til å oppleve velvære.

## **1.2 Problemstillinger**

Hvordan opplever pasienter som får cytostatikabehandling bivirkningen kvalme?  
Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med cytostatikarelatert kvalme opplever velvære?

## **2. BAKGRUNN**

Hos pasienter som gjennomgår cytostatikabehandling er kvalme en kjent, fryktet og forventet bivirkning. På en nettside for leger (legesiden.no) referer de til at mer enn 70 % av pasienter som får cytostatikabehandling opplever kvalme, til tross for utbredt bruk av kvalmestillende.

### **2.1 Hva er cytostatika**

Cytostatika er fellesbetegnelsen på en gruppe legemidler som vesentlig brukes i behandlingen av kreft. Cytostatika er medikamenter som har til mål å skade kreftceller, enten ved at kreftceller dør eller ved å hindre at de deler seg (Fagserie fra Den Norske Kreftforeningen 1999). Kreftcellene er hurtigvoksende celler som har mindre evne til å reparere skaden enn normale celler. Derfor har cytostatika størst virkning på disse cellene. De fleste bivirkningene oppstår i vev som har en hurtig celledeling. Målet med cytostatika behandling kan være helbredelse av sykdommen, lindring av symptomer, forlengelse av livet, symptom- forebygging og som tilleggsbehandling for å forebygge ny sykdom. Cytostatika kan gis på forskjellige måter. Den vanligste måten er å gi cytostatika intravenøst (Kvåle 2002). Cytostatikabehandling medfører ofte en del bivirkninger og er en belastende behandlingsform både fysisk, psykisk og sosialt (Esbensen 2002). Cytostatika blir oftest gitt i behandlingsserier, som blir gjentatt med to-tre-fire ukers mellomrom. Ofte blir man behandlet med en kombinasjon av flere typer cytostatika som har forskjellige angrepspunkter. Alle pasienter som får cytostatika, vil etter et antall behandlinger bli evaluert, for å se effekten av behandlingen (Esbensen 2002).



## 2.2 kvalme

Kvalme som oppstår i forbindelse med cytostatika er annerledes enn annen kvalme ved at den ofte varer lenger og at det ikke hjelper å kaste opp. Det er en tyngre kvalme som er vanskeligere å mestre for både pasienten selv og helsepersonellet (Knutstad og Nielsen 2006). Ofte er kvalme kroppens varsel om en skadelig påvirkning og oppkast organismens gastrointestinale forsvar (Reitan og Schjølberg 2004). I de tilfeller kvalme og oppkast ledsager alvorlig sykdom eller induseres av behandling som ved cytostatika kan symptom dempende tiltak være påkrevet. Ubehandlet vil slike reaksjoner over tid kunne føre til fysisk og psykisk utmatting. Betegnelsene kvalme, oppkast og brekninger blir ofte brukt om hverandre.

Definisjonene er hentet fra Reitan og Schjølberg (2004).:

- Kvalme er en ubehagelig følelse av å ville kaste opp, gjerne ledsaget av autonome symptomer som kaldsvette og blek hud.
- Brekninger betegner rytmiske kontraksjoner i mellomgulvet og bukmuskulaturen i forbindelse med kvalme og kan resultere i at en kaster opp.
- Oppkast betegner hurtig tømming av mageinnhold gjennom munnen.

Kvalme og oppkast kommer som regel umiddelbart eller få timer etter tilførsel av cytostatika. Noen cytostatikatyper kan gi forsinket kvalme, opp til uker etter kuren. Årsaken til kvalme settes i forbindelse med den innvirkningen cytostatika har på sentralnervesystemet, likevektsorganene og slimhinnene i mage/tarm -tractus. Angst og smerte kan dessuten bidra til å forsterke kvalme (Fagserie fra Den Norske Kreftforeningen 1999). Utløsende er oftest stoffer som organismen oppfatter som toksiske, og som den blir kvitt ved oppkast. Eksempel på slike stoffer er toksiner i bedervet mat eller cellegifter gitt i blodbanen. I det første tilfelle er oppkast et rasjonelt tiltak, mens cellegiften som er spredt rundt omkring i kroppen ikke kan fjernes ved oppkast. Kroppen er i det siste eksempelet blitt narret til å aktivere et forsvar som ikke har noen hensikt, og pasienten blir plaget med kvalme og oppkast. Kvalme fungerer også som en "varsellampe" som skal få oss til å huske når vi utsettes for stoffer som tidligere har medført uvelhet (Reitan og Schjølberg 2004).

Ifølge Esbensen (2002) er det tre former for kvalme og oppkast i forbindelse med cytostatikabehandling. Akutt kvalme og oppkast som kan oppstå umiddelbart og opptil 24 timer etter behandling. Sen kvalme og oppkast som kan komme i løpet av et par dager og som kan vare fra noen dager til flere uker. Sen kvalme og oppkast er ikke så voldsom som den akutte, men den kan påvirke pasientens livskvalitet mye. Forventningskvalme, og eventuelt oppkast, starter før behandlingen og skjer hos pasienter som tidligere har erfart kvalme ved behandling av cytostatika. Det er en betinget reaksjon, hvor syn, lukt eller lyd kan framprovosere kvalme og oppkast.

### **2.3 Pasientens velvære**

Knutstad og Nielsen (2006) skriver at tre pasientfenomener som ofte er nevnt i forbindelse med velværebegrepet, er smerte, ekstrem trøtthet og kvalme. Det er tilstander som for mange pasienter reduserer deres velvære. Det kan være vanskelig for pasienter å oppleve velvære dersom sykepleierne ikke bidrar til å hindre at de blir kvalme, eller kontrollerer kvalmen når tilstanden først har oppstått. En pasient som er kvalm og lider bør få oppmerksomhet og faglig forsvarlig hjelp. Det er viktig at sykepleierne har evne til å forstå pasientens subjektive opplevelse ved sykdom og lidelse. For å yte god omsorg og pleie er det ifølge Knutstad og Nielsen (2006) ikke nok å ha kunnskaper om sykdommen, en må også vite hvordan pasientene opplever og mestrer sin tilstand. Sykepleiere kan altså ikke bare redusere plager, men må også rette oppmerksomheten mot pasientens opplevelser og velvære.

Det står i Kvåle (2002) at mange studier har vist sammenheng mellom bivirkningene av cytostatikabehandlinger og psykisk sykdom. Den konstante utfordringen som ligger i å mestre usikkerheten omkring kreftsykdommens konsekvenser og å leve med bivirkningene av behandlingene, kan føre til angst og depresjon. Ved håp om helbredelse vil mange tåle en reduksjon av livskvaliteten, men behandlingsperioden kan likevel være veldig tøff. Sykepleierne må hjelpe pasienten gjennom denne perioden til å se håp. Informasjon om sykdommen og bivirkningen er i slike tilfeller viktig for å oppleve kontroll. Pasienten vil da forstå hvorfor behandlingen må gis, og vite at det er en overgang.

## 2.4 Sykepleieintervensjoner for at pasienten skal oppleve velvære

Det er viktig å tilstrebe mest mulig velvære for pasienten som er kvalm. Målet er å oppnå effektiv antiemetisk kontroll slik at pasientens livskvalitet er best mulig (Reitan og Schjølberg 2004). Sykepleierne blir stilt overfor mange utfordringer når det gjelder pleie av en pasient med behandlingsrelatert kvalme og oppkast. Ifølge fagserien fra Den Norske Kreftforeningen (1999) bør det fysiske miljøet tilrettelegges for best mulig velvære for pasienten, som for eksempel å sørge for ro og dempet belysning, mulighet for avledning (tv, radio, musikk), frisk luft, unngå sterk lukt (parfyme, røyk). Pussbekken skal være tilgjengelig men ute av syne for pasienten og la være å sette inn intravenøs stativ før behandlingen starter. For å hjelpe pasienten til best mulig velvære bør sykepleieren også tilby munnstell, anledning til å skylle munnen ved behov, tilby drops eller tyggis, lett kost, unngå fet og søt mat og gi helst kald mat uten lukt.

I følge Knutstad og Nielsen (2006) er det å ha kontroll viktig når pasienten skal mestre sin situasjon. Hva pasienten gjør når symptomene oppstår, er avhengig av hvilke kunnskaper pasienten har. Informasjon er derfor viktig. Pasienten må være forberedt på aktuell behandling, forventede reaksjoner, når kvalme kan oppstå og hvor lenge den kan vare. Sykepleieren samarbeider med pasienten om valg av strategier for kvalme-kontroll og samler data fra pasientens historie angående kvalme og behandling. Det er da viktig å få tak i pasientens opplevelse av hvordan kvalmen innvirker på livskvalitet og velvære, og hvilke strategier som har vært vellykket. Ved kvalme i forbindelse med cytostatikabehandling er forebygging en viktig intervensjon. Sykepleieren må kartlegge alle mulige risikofaktorer som kan føre til kvalme. Ofte står pasienten på kvalmestillende ved behov, og sykepleieren har ansvar for å forsikre seg om at kvalmestillende medikamenter benyttes forebyggende slik de skal (Knutstad og Nielsen 2006).

Behandling med cytostatika kan i tillegg til å gi fysiske plager, også være en stor psykisk påkjenning for pasientene. I Reitan og Schjølberg (2004) står det at felles for pasientene er den usikkerheten de må leve med. Spørsmål som ”virker behandlingen” og ”vil jeg får tilbakefall” vil oppstå hos de fleste. Det å møte pasienter som lever med denne usikkerheten kan være en utfordring for sykepleieren. Det er i følge Reitan og Schjølberg (2004) nødvendig å lytte til pasientens bekymringer, ta pasientens opplevelser på alvor og

viser empati. Sykepleieren må forsøke å oppmuntre pasienten til å mobilisere egne krefter og motivasjon slik at han/hun mestrer behandlingen best mulig. God informasjon og det at pasienter er forberedt på bivirkningene, er vesentlig for at pasienten skal kunne mestre utfordringene (Reitan og Schjølberg 2004).

Det er viktig at sykepleieren kontrollerer miljøet rundt pasienten for det som kan skape og redusere kvalme. Sykepleieren skal bidra til at pasienten får tilstrekkelig med søvn og hvile, og tilstrebe å redusere engstelse og manglende kunnskap. Engstelse, smerte og tretthet forsterker kvalme (Knutstad og Nielsen 2006). Feil i væske og elektrolyttbalansen må korrigeres, fordi dehydrering og hyperkalsemi kan være en medvirkende årsak til kvalme (Reitan og Schjølberg 2004).

Kvalme er en subjektiv opplevelse som er vanskelig å beskrive og måle. Det er likevel utviklet måleinstrumenter for kvalme der pasienten plasserer opplevelsen på en linje fra ingen kvalme via moderat kvalme til voldsom kvalme. Hva slags skjema som brukes varierer. Det er viktig å være oppmerksom på at når en pasient er kvalm skal det lite til for at kvalmen øker, ofte er enkelte lukter, lyder, mentale forestillinger eller bevegelser nok (Knutstad og Nielsen 2006).

## **2.5 Administrering av cytostatika**

I Reitan og Schjølberg (2004) står det at det er legens ansvar å administrere cytostatika. Derimot kan legene delegere administreringen til sykepleiere hvis de har opplæring til det (Lov om helsepersonell 2002, § 5. Forskrift om legemiddelforsyning mv ved sykehus og andre helseinstitusjoner, § 8). I Bielecki og Børdahl (2005) står det at sykepleieren er ansvarlig for legemiddelbehandlingen som er delegert av legen. Det innebærer at sykepleieren gir korrekt behandling, observerer og gir tilbakemelding til legen hvis noe unormalt inntreffer. Det må iverksettes tiltak som legen bestemmer. Det står videre at sykepleierens ansvar, for at legemiddelhåndteringen skjer på et faglig forsvarlig nivå, er hjemlet i helsepersonelloven § 4. Ansvarer innebærer at sykepleieren må ha de nødvendige kunnskaper om legemidler, og i tillegg kjenner og etterlever lokale retningslinjer i

legemiddelhåndteringen. Sykepleierne har også et ansvar for sin egen etterutdanning og for å holde seg faglig oppdatert. I Bielecki og Børdahl (2005) står det at sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer fastslår at sykepleieren må erkjenne personlig og faglig ansvar for sine egne vurderinger og handlinger.

## **2.6 Komplementær alternativ behandling**

Sykepleiere kan foreslå alternativ behandlingsformer, men de skal ikke iverksettes uten godkjenning av lege. Sykepleiere kan foreslå avslapningsteknikker som å lytte til avslappende musikk, fantasireiser, få massasje og få berøring (Kvåle 2002). Målet er å få pasienten til å føle velbehag, og hjelpe pasienten til å forestille seg det vedkommende synes er behagelig. Oppmerksomheten rettes bort fra det ubehagelige og opplevelsen av velvære øker.

I Johannesen (2008) står det at akupunktur og akupressur har kvalmedempende effekt. Boken hevder også at akupunktur kan få kroppen til å skille ut endorfiner, som har en smertedempende effekt, og det kan påvirke kvalmen. Kvamme (1996) skriver at kvalme er en tilstand som ikke minst sykehusavdelinger bør nyttiggjøre akupunktoreffekten på. Det står videre at stimulering av et punkt på armen som ligger tre fingerbredder fra håndleddet, p6 punktet/neiguan, virker mot kvalme framkalt av blant annet cytostatikabehandling (se vedlegg 1, figur A). Akupunktur, akupressur (kraftig massasje på punktet), TNS (transkutan nervestimulering) og ”sea-band” (en elastisk mansjett rundt armen med en liten kule som presses mot punktet) synes å gi forskjellige grader av effekt.

Aasgaard (2006) skriver at musikk virker regulerende på sinnstilstander. Musikk får oss til å glemme negative ting, skaper emosjonelt positive opplevelser og tanker, og skaper høydepunkter i hverdagen. Musikk er fysisk avspennende, forløser undertrykte følelser, reduserer stress og slitenhet og gir en opplevelse av å leve i rytmen. Disse følelsene handler mye om livskvalitet og velvære.

### **3. METODE**

Denne oppgaven er basert på et litteraturstudium. Det er en metode som gjenkjennes ved at den systematiserer kunnskap fra andres tidligere undersøkelser og forskning omkring temaet. Det innebærer å gjøre et systematisk søk, og kritisk granske og sammenligne litteratur ut fra litteraturstudiets hensikt og problemstilling (Forsberg og Wengstrøm, 2003). En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland 2001).

#### **3.1 Datainnsamling**

Våre søk startet ganske generelt for å finne relevant litteratur om temaet. Da søkte vi på søketjenesten Google og sykepleierforbundet sin nettside ([www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)). Etter hvert spesifiserte vi søkeordene våre nærmere problemstillingen og hensikten med oppgaven. For å finne aktuelle forskningsartikler brukte vi forskjellige databaser. Under databaseverten Ovid SP, brukte vi databaser som Medline, British Nursing Index, Embase og Nursing database. Ellers så søkte vi på ProQuest, SveMed, PubMed, NorArt og Helsebiblioteket. Når vi startet med søkingen brukte vi ord som chemotherapy, nausea, cancer, cytostatic, vomiting, sickness og nurse. Ved å velge tilknyttede begreper som hospitalized, treatment, side-effects, well-being, symptom experience, quality of life, prevent, intervention, patient experience, patient expectation og distress fant vi flere forskningsartikler som var aktuelle for oss. Noen forskningsartikler fant vi også ved å lese reviewer. Ved å lese litteraturhenvisning fant vi forfatternavn som vi søkte manuelt på, i Ovid.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi avgrenset søkingen til å gjelde fra 2002 frem til i dag, da vi gjerne ville gå ut ifra nyere forskning. Artikkene skulle være skrevet på engelsk, svensk, dansk eller norsk. Vi har vurdert avgrensning i forhold til alder, kjønn og arena, men har funnet avgrensningen ugunstig på grunn av tilgangen til artikler da begrenses. Vi avgrenset søkingen til å gjelde pasienter med kreft. De fleste forskningsartikkene gikk på medisinsk behandling. Med det mener vi forskning på forskjellige typer medikamenter som blir brukt under kreftbehandling, samt forskjellige medikamenter mot cytostatikarelatert kvalme. Disse måtte vi ekskludere da vi ikke hadde fokus på medikamentell behandling men på pasientens opplevelse.

Tabell 1. En forenklet oversiktstabell på litteratursøk

Database	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Antall inkluderte artikler
03.03.09 Ovid British Nursing Index	Chemotherapy And Nausea and vomiting and symptom experience	6	6	6	1
03.03.09 Ovid British Nursing Index	Chemotherapy and nausea	69	69	3	1
04.03.09 Ovid British Nursing Index	Cancer and chemotherapy and side- effects and symptoms	7	7	2	1
04.03.09 Ovid British Nursing Index	Chemotherapy and nausea and vomiting and well-being	69	12	4	1
05.03.09 Ovid Nursing Database	Cancer and chemotherapy and nausea and side- effects	38	10	10	3
05.03.09 Ovid Nursing Database	Cancer and chemotherapy and nausea and quality of life	25	10	4	1

05.03.09 Ovid Embase	Chemotherapy and patient expectation and well-being	12	8	1	1
-------------------------	--	----	---	---	---

I følge Nortvedt et al. (2008) handler kunnskapsbasert praksis om å finne og bruke relevant forskning på spørsmål som er pasient- og praksisnære. Etter å ha skrevet ned noen spørsmål, utformet vi våre endelige problemstillinger – hvordan opplever pasienter som får cytostatikabehandling bivirkningen kvalme og hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med cytostatikarelatert kvalme opplever velvære.

Vi delte opp problemstillingene ved hjelp av PICO (Nortvedt et al. 2008). P: Population, I: Intervention, C: Comparison, O: Outcome. Ved å dele opp problemstillingene på denne måten fikk vi strukturert de på en hensiktsmessig måte.

Her er eksempel på enkel illustrasjon:

P: Kreftpasienter

I: Mestringsstrategier

C: Alternativ behandling

O: Velvære

Vi startet med å søke på ett og ett ord om gangen, og deretter kombinerte vi dem med OR. Til slutt kombinerte vi de ulike elementene ved å bruke AND. OR utvider søket ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet. AND avgrenser søket ved kun å gi treff på artikler hvor begge søkeordene er med. Vi brukte også trunkering, ved å skrive inn begynnelsen på et ord og deretter legge til et tegn for å få med alle variantene av ordet (Nortvedt et al. 2008).



### 3.3 Analyse av datamaterialet

For å få fokusert på datamaterialets viktigste innhold tenkte vi hele tiden på at resultatet skulle gi svar på vår hensikt og problemstillinger. Vi bearbeidet våre artikler på en systematisk måte for å få overblikk og struktur over materialet. Vi startet med å lese gjennom de valgte artiklene flere ganger for å få en dypere forståelse over hva de handlet om, og om de svarte til vår hensikt. Deretter delte vi artiklene mellom oss, for å vurdere å sortere ut de som angikk våre problemstillinger. I vår analyse av artiklene prøvde vi å ikke forvrengte eller favorisere resultatene. Vi prøvde å være så objektiv som mulig når vi studerte og analyserte datamaterialet, slik at våre holdninger og forkunnskaper ikke skulle påvirke resultatet. Ved å markere og skrive stikkord på artiklene, fikk vi en god oversikt over datamaterialet som var relevant for vår studie. Vi delte også artiklene inn i temaer som kvalme- en individuell erfaring, egne mestringsstrategier, kvalme- en forventet bivirkning, akupressur og forebygging av forsinket kvalme. Ved temainndeling fikk vi fokusert på det viktigste innholdet, likheter og ulikheter. Dette ga oss en helhetlig oversikt over artikler som samsvarte med studiens hensikt og problemstillinger.

Strategier og intervensjoner i artiklene har som mål å øke pasientenes opplevelse av velvære, og det var særlig de artiklene som inneholdt pasientopplevelsen vi var ute etter. Vi delte artiklene inn etter kvalitativ og kvantitativ forskning, se tabell 2 (vedlegg 2). Kvalitativ forskning er en forklarende tilnærming til det man forsker på. Ifølge Norheim (2009) prøver denne forskningen å skape mening av, eller tolke fenomener i lys av den meningen andre har tillagt dem. Slik forskning gir oss en dypere forståelse av menneskelig atferd og årsakene til slik atferd. Ifølge Norheim (2009) blir kvantitativ forskning gjerne beskrevet som empirisk, deduktive studier og hypotesetesting. Av den grunn har den kvantitative forskningstilnærming blitt oppfattet mer objektiv og formell. En streber etter nøyaktige målbare resultater ved fokus på reliabilitet og validitet på de anvendte målemetoder og måleredskaper. Som det står i Norheim (2009), kan kvantitativ og kvalitativ forskning utfylle hverandre. Hvis en ønsker å måle noe som ikke i utgangspunktet er konkretisert ved hjelp av kvantitative forskningsmetoder, er det ofte nødvendig å gjøre kvalitativ forskning først for å konstruere et meningsfullt måleinstrument. Tilsvarende kan kvantitativ forskning frambringe målt kunnskap som man må bruke kvalitative forskningsmetoder for å forstå bedre.

### 3.4 Kvalitetsvurdering

Basert på en kvalitetsvurdering valgte vi ut de artiklene som inngår i litteraturstudiet. Ved hjelp av svar i en bedømmingsmal vurderte vi hvilke artikler som hadde høy, middels eller lav kvalitet. På nettsiden til kunnskapssenteret ([www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)) og fra Nortvedt et al. (2008) fant vi disse sjekklister spørsmålene som vi gikk ut i fra.

- Er formålet med studien tydelig?
- Var studiens kontekst klar?
- Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?
- Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?
- Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?
- Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?
- Er det samsvar mellom konklusjon og resultater?

Hvis alle eller nesten alle kriteriene fra sjekklisten var oppfylt ble det vurdert som høy kvalitet. Hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke var oppfylt eller hvis kriteriene ikke var tilfredsstillende beskrevet ble den vurdert som middels kvalitet. Hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten var oppfylt eller ikke var tilfredsstillende beskrevet ga det lav kvalitet. I vår kvalitetsvurdering brukte vi Norheim (2009) og Aadland (2006) til å vurdere om etiske hensyn var ivaretatt i artiklene. I Norheim(2009) står det at enhver systematisk innsamling av kunnskap om sykdommer og behandling utover det som er begrunnet i klinisk behandling må undergå etisk vurdering. Det innebærer blant annet at forsøkspersonenes velferd må gå foran vitenskapen og samfunnets interesser. Forskningen er også pliktig til å verne om forsøkspersoners liv, helse, privatliv og verdighet, og skal ledes av en person med medisinsk klinisk kompetanse. I Aadland(2006) står det at i forskning vedrørende mennesker må man ta hensyn til personvern, taushetsplikt og anonymisering. Dessuten må man innhente frivillig informert samtykke; at deltagerne får vite på forhånd hva de skal delta i. Det står videre at en skal innhente forsøkspersonenes samtykke etter at vedkommende er blitt informert om forsøkets hensikt, natur, ubehag, potensiell nytte og risiko. Dessuten må personene få vite at de når som helst kan trekke seg.

## 4. RESULTAT

Vi begynner med en oppsummering av våre funn fra artiklenes resultater. Resultatene har vi sammenlignet ut fra hensikt og problemstillinger, uten innslag av subjektive vurderinger. Vi starter med å presentere funnene i hverandre som en sammenhengende tekst, uten å redegjøre for artiklene enkeltvis. Etter oppsummeringen av våre funn har vi delt resultatene inn i tema, som skal gjøre resultatpresentasjonen enklere å følge.

En del av hensikten med denne studien var å belyse hvordan kreftpasienter opplever det å være kvalm forårsaket av cytostatikabehandling. En sammenligning av resultater fra de ulike studiene viser at det er svært individuelt hvordan pasientene opplever kvalme. Opplevelsen er avhengig av pasientens bakgrunnsforståelse, forventninger og situasjonen han/hun er i. Ved at pasientene skriver ned sin subjektive opplevelse og registrerer kvalmens varighet og frekvens, kan det i følge studiene være enklere for sykepleiere å bidra til at pasientene opplever velvære. Velværevurderingen tar da utgangspunkt i enkelt menneskets egen opplevelse av sin situasjon.

Den andre delen av hensikten var å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe pasientene til å oppleve velvære. Det går igjen i resultatene fra forskningsartiklene at en må tilstrebe å få tak i pasientens ressurser, for da er det enklere å se muligheter i situasjonen. Ved at pasientene lærte seg egne mestringsstrategier i å håndtere bivirkninger, fikk de ifølge studiene, større selvtillit, kontroll over situasjonen og det gav de opplevelse av velvære. I studiene refereres det til hjelpemidler som video, lydbånd, intervju, dagbøker og kvalmeregistreringsskjema. Ved å bruke pasientinformasjon fra kvalmeskalaer, dagbøker og intervju laget sykepleiere individuelle strategier for håndtering av kvalme, samtidig som det tas hensyn til faktorer som tidligere erfaringer, alder og personlige forutsetninger. Ved begrensinger på antall sykepleiere og undervisningstid kan en, ifølge studiene, gi pasientene lydbånd eller video med veiledning og informasjon. Resultatet viser også at når pasientene skal lære seg akupressur kan video være nyttig. Dibble et al. (2007) og Shin et al. (2004) viser til akupressur som konkrete tiltak for å redusere varigheten, hyppigheten og intensiteten av kvalme og oppkast.

#### **4.1 Kvalme- en individuell erfaring**

Etter gjennomgangen av artiklene tyder funnene blant annet på at kvalmeopplevelsen ved cytostatikabehandling oppleves svært forskjellig fra person til person, og at det kan påvirke framtidige beslutninger om behandling (Molassiotis et al. 2008). Hvordan en kreftpasient opplever kvalme er avhengig av hans bakgrunnsforståelse. Hver enkel pasient er unik. Den situasjonen pasienten er i kan få stor innflytelse på hvordan han mestrer utfordringer og konsekvenser av behandlingen. Mennesker reagerer ulikt på sykdom og behandling. Vurdering av velvære og livskvalitet bør ta utgangspunkt i enkeltmenneskets egen opplevelse av sin situasjon (Molassiotis et al. 2008). Både i artikkelen til Bergkvist og Wengstrøm (2006) og til Andersen et al. (2006) står det at det er viktig å søke å forstå pasientens subjektive opplevelse av sin lidelse, dette underbygges også i Braud et al. (2003). Pasientene bør bevisstgjøres egne strategier for håndtering av kvalme og oppmuntres til selv å registrere kvalmens varighet og frekvens i skjemaer, dagbøker, eller ved intervju som hos Molassiotis et al. (2008). I de nevnte artiklene blir det belyst hvor viktig det er å få opplysninger om hvordan kvalmen innvirker på livskvaliteten og hvilke strategier som har vært vellykket for hver enkelt pasient. Som Molassiotis et al. (2008) skriver, er det mange faktorer som påvirker hvordan pasientene opplever kvalmen. Disse studiene viser at det var mulig å få registrert informasjon om bivirkninger, strategier og opplevelse, og at en med det kan øke pasientens tilfredshet.

#### **4.2 Egne mestringsstrategier**

I våre funn kom det også frem at det å lære pasientene tiltak gjennom lydbånd var effektivt i forhold til selv å håndtere bivirkninger (Williams og Schreier 2004). Dette refereres det også til hos Dibble et al. (2007) og hos Shin et al. (2004). To 20 minutters lydbånd var utviklet for å gi mestringsevne (Williams og Schreier 2004). Ved å lytte til lydbåndene fikk pasientene forbedret selvtillit, kunnskap, uavhengighet, kontroll og livskvalitet. Lydbåndene inneholdt råd, veiledning og informasjon om livsførsel og forholdsregler som

for eksempel kosthold, trening, avslapningsteknikker og frisk luft. Som i artikkelen til Andersen et al. (2006), ble pasientene også i Williams og Schreier (2004), oppfordret til å skrive dagbok for å få til evaluering av kvalmeregimet. I artikkelen til Williams og Schreier (2004) ble pasientene også intervjuet gjennom telefon. Det kom fram at det var effektivt for pasientene å lære tiltak på denne måten, særlig når det er begrensninger på sykepleiere og undervisningstid. Pasientene hadde lydbåndene hjemme hos seg selv, og kunne da høre på dem så ofte de følte behov. Informasjon gitt på sykehuset ble fort glemt. Under telefonsamtalene hadde pasient og sykepleier en åpen dialog der pasientene kunne stille spørsmål. Pasientene kunne med dette ha en viss kontroll over hva de kunne bidra med som synes å redusere deres lidelse (Williams og Schreier 2004). Det å ha en viss kontroll over egne mestringsstrategier underbygges også i Bergkvist og Wengstrøm (2006), Andersen et al. (2006) og i Braud et al. (2003). Både de pasientene som kunne stille spørsmål til sykepleierne på telefon, og de som lyttet til båndopptak, fikk økt opplevelse av velvære fordi de hadde en viss kontroll over forløpet, fikk mindre angst og reduserte bivirkninger. Ved at pasientene stilte spørsmål via telefon ble det som var ukjent, gjort kjent og dermed mindre skremmende (Williams og Schreier 2004).

#### **4.3 Kvalme- en forventet bivirkning**

I artikkelen til Roscoe et al. (2004) ble det belyst hvor mye forventningene til kvalme betydde for pasientene. Hos pasientene som mente at det var svært sannsynlig at de ville få sterk kvalme ble forekomsten av kvalme fem ganger høyere enn hos de andre pasientene som så det som usannsynlig at de ville bli særlig plaget av kvalme. Hos de fleste pasientene var kvalme både en fryktet og forventet bivirkning av cytostatikabehandlingen (Roscoe et al. 2004). De som hadde dårligst forventninger var pasienter som hadde opplevd kvalme tidligere i forbindelse med for eksempel svangerskap, bilsyke, sjøsyke eller som hadde informasjon fra andre som hadde gjennomgått cytostatikakur og har vært plaget med kvalme og oppkast. I studien til Roscoe et al. (2004) kommer det fram at det er viktig med strategier som tar sikte på å endre ubehaget i situasjonene ved å redusere intensiviteten i de følelsene som ledsager opplevelsen av ubehag og lidelse. Også her, som

i Molassiotis et al. (2008) og i Roscoe et al. (2004), underbygges det at en må tilstrebe det å få tak i pasientens ressurser og se muligheter i situasjonen, fremfor å la begrensningene stenge for handlingsalternativer hos pasienten. Det fremgår altså i artikkelen til Roscoe et al. (2004) at hvis en forventer kvalme og tror at en blir det, er sjansen stor for å oppleve det.

#### **4.4 Akupressur og forbygging av forsinket kvalme**

Det å ha bedre kontroll over forsinket kvalme vil gjøre kjemoindusertkvalme mindre belastende for pasientene (Lee et al. 2005), dette underbygges også i artikkelen til Williams og Schreier (2004). En strategi for bedre kontroll på kvalme er akupressur (Dibble et al. 2007 og Shin et al. 2004). I artikkelen til Lee et al. (2005) står det at den forsinkede kvalmen kunne vare i flere uker etter at cytostatikakuren var avsluttet, og pasientene ble både fysisk og psykisk utmattet. Det var vanskelig for pasientene å oppleve velvære, da den forsinkede kvalmen påvirket pasientenes livskvalitet mye.

I artikkelen til Dibble et al. (2007) og Shin et al. (2004) står det at mengden av oppkast, intensiteten av kvalme og forsinket kvalme ble betydelig redusert ved akupressur på P6 punktet, og at hjelpemidler som video og lydbånd kan være til stor hjelp for pasientene når de skal lære seg teknikker for kvalme kontroll. Pasientene skrev daglig logg og fylte ut kvalmeskalaer som ble analysert (Dibble et al. 2007, Shin et al. 2004 og Lee et al. 2005). Det kommer frem i artiklene til Dibble et al. (2007) og Shin et al. (2004) at akupressur er et trygt og effektivt verktøy for å øke velvære hos pasienter med cytostatikarelatert kvalme.

## 5. DISKUSJON

Denne delen inneholder drøfting av søkestrategien og drøfting av resultatet.

Ifølge Forsberg og Wengström (2003) er det vanlig at de viktigste resultatene diskuteres i dette avsnittet. Resultatet skal også diskuteres i forhold til hensikt og problemstillinger, og til litteraturen som er gjennomgått i avsnittet teoribakgrunn.

### 5.1 Metodediskusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive kreftpasienters kvalmeopplevelse under cytostatika behandling, og undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe disse pasientene til å oppleve velvære. Vi hadde ulike formuleringer på problemstillingen før vi fant den endelige som svarte til vår hensikt. Vi var ute etter pasientopplevelsen og derfor la vi vekt på ordet velvære i vår søking. Vi brukte mange synonymer for å finne artiklene vi var ute etter.

De første ukene tilbrakte vi mye tid på biblioteket hvor vi søkte hver for oss, og fikk hjelp av bibliotekar. 10 av artiklene bestilte vi. Under denne prosessen leste vi også fagartikler for å få en dypere forståelse av temaet. Ved å lese fagartiklene fikk vi ideen om å søke på forfattere som artiklene hadde som kildehenvisning. Å søke manuelt førte til at vi fikk flere artikler å jobbe med. Vi endret også på våre eksklusjonskriterier og utvidet søket til å gjelde flere antall land og ikke bare Europa. Vi fikk da flere treff og til slutt 30 artikler som vi ville jobbe med videre.

Analyseringen av artiklene var en vanskelig og lang prosess, da artiklene var skrevet på engelsk og inneholdt mange medisinske ord og uttrykk. Etter hvert fant vi ut at vi kunne oversette abstraktet til norsk på Google translater. Dette lettet litt på lesingen, men siden oversettelsen var ordrett ble grammatikken feil og innholdet noe usammenhengende. Men det hadde ingen konsekvens for utvalget siden vi forsto essensen i artiklene.

En stor del av jobben var å skille ut de artiklene som inneholdt medisinsk behandling. Etter at vi hadde delt inn artiklene i tema satt vi igjen med 13 stykker som var av interesse. Disse ble kvalitetsbedømt etter spørsmål fra Nortvedt et al. (2008). Ved å bruke svarene fra våre sjekklister spørsmål rangerte vi artiklene etter dårlig, middels og god kvalitet. Det var enklest å avgjøre kvaliteten til de fire artiklene som ble bedømt til å ha dårlig kvalitet. De skilte seg ut ved at de ikke svarte til våre forventninger i forhold til sjekklister spørsmålene. Fremstillingen og språket var generelt dårlig, og hovedfunnene kom ikke klart frem. Det var vanskeligere å avgjøre hvilke av de resterende ni som skulle få middels eller god kvalitet, da skille mellom disse alternativene var mer uklart.

Det var særlig de artiklene som inneholdt pasientopplevelsen vi var ute etter. Ifølge Nortvedt et al. (2008) er det i sykepleiefaget naturlig å ha interesse for spørsmål knyttet til subjektivitet og helhetlig forståelse av personer og deres opplevelser. De kvantitative artiklene inneholdt mange statistikker og tabeller, som ofte var vanskelig å forstå, samt at de inneholdt mange medisinske uttrykk. Vi fant til sammen ni artikler som vi brukte i studiet vårt. I alle de ni artiklene er det fokusert mye på pasientenes subjektive opplevelse. Intervensjoner og strategier i artiklene har som mål å øke pasientenes opplevelse av velvære.

Arbeidet med å skille kvantitativ og kvalitativ forskning fra hverandre var vanskelig, da de fleste artiklene tok for seg den subjektive pasientopplevelsen. De kvalitative og kvantitative forskningen utfylte hverandre. Etter å ha tilegnet oss mer kunnskap på dette området, ble utskillelsen enklere. De kvantitative artiklene hadde flere deltagere. De gikk bredt til verks overfor et stort utvalg mennesker. Intervjuskjemaer, spørreskjemaer og svaralternativer var faktorer som gikk igjen på de kvantitative artiklene (Aadland 2006). Artiklene tok for seg pasientopplevelsen og i noen artikler ble opplevelsen rangert i skalaer og skjemaer. I artikkelen til Andersen et al. (2006) er forskningen både kvantitativ og kvalitativ. Den kvantitative forskningen bringer fram målt kunnskap som de bruker kvalitative forskningsmetoder på for å forstå bedre.



Siden vi har vært to om dette litteraturstudiet har vi brukt tid på å fordele oppgaver og forsvare vårt arbeid for hverandre. Dette har vært vanskelig siden tiden måtte disponeres slik at den passet for begge to. Noe av det positive ved å samarbeide på denne måten er at vi både presenterte og gav tilbakemeldinger på vårt arbeid for hverandre og på den måten fikk bearbeidet svakheter som styrket vårt materiale. Angående vårt tidsperspektiv så ble mye av arbeidet som gikk ut på å granske forskningsartiklene lagt til sommerferien. Når vi møttes igjen etter sommerferien måtte vi lese alt på nytt for å finne igjen fokuset. De siste ukene har vi jobbet mer kontinuerlig og sammen. Det gjorde at vi greide å holde et jevnere fokus. Ved at vi skrev litt på oppgaven nesten daglig var det enklere å holde den ”røde tråden” gjennom hele litteraturstudiet.

Gjennom dette litteraturstudiet har vi tilegnet oss mer kunnskap innen temaet cytostatikarelatert kvalme. Vi har lært hvordan vi kan innhente oss ny kunnskap og kvalitetsbedømme materialet. Denne fordypningskunnskapen er en ressurs for vår fremtidige yrkesfunksjon.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan kreftpasienter opplever det å være kvalm under cytostatikabehandling, og undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe disse pasientene til å oppleve velvære.

### **5.2.1 Pasientens ressurser og muligheter**

Sykepleiernes oppgaver dreier seg ikke bare om pasientenes fysiske helse, men også om å gjøre livet til den enkelte pasient bedre ved å øke livskvaliteten. Som regel er det noe man kan gjøre for å bedre pasientenes opplevelse av velvære. I samsvar med våre funn kan en ved å tenke positivt flytte oppmerksomheten bort fra problemer og begrensninger og over

på muligheter og ressurser. Kreft får både følelsesmessige, fysiske og sosiale konsekvenser for mange, og selv om mange blir helbredet vil erfaringen kunne sitte i for resten av livet (Reitan og Schjølberg 2004).

Ved å fokusere på negative følelser og ha store forventninger om at en blir kvalm ved cytostatikabehandling har en også stor sjanse for å bli det (Roscoe et al. 2004). Men ved å hjelpe pasientene til å se hva de selv kan gjøre for å unngå kvalme og redusere kvalme opplevelsen, vil en fokusere på muligheter og ressurser i stedet for å fokusere på det negative. Det å lære pasienten egne strategier i selv å håndtere bivirkninger er en stor del av sykepleiernes oppgaver. Våre funn viser at pasienten da får kunnskap som igjen gir de større selvtillit og kontroll over situasjonen (Williams og Schreier 2004).

Det at pasienten har en viss kontroll synes å redusere deres lidelse, men det tar tid å bearbeide tap og endringer i egen livssituasjon. Sykdom, behandling og bivirkninger forutsetter ny læring og nye måter å mestre livet på. Pasientene må også lære å tolke kroppens signaler og skaffe seg kunnskap om sykdom og behandling. Når en er syk kan ens evne til problemløsning og mestring være truet (Reitan og Schjølberg 2004).

Reitan og Schjølberg (2004) skriver at mestring dreier seg om en opplevelse av å kunne influere på sitt eget liv. For å kunne takle utfordringer må en kunne forstå situasjonen, ha tro på at en kan finne løsninger, og finne god mening i å forsøke på det.

Mestringsstrategier dreier seg om hvilke ulike metoder mennesker tar i bruk for å oppleve å kunne influere på sin egen situasjon. Williams og Schreier (2004) skriver at pasienter som lærte mestringsstrategier ved å lytte til båndopptak fikk større tro på seg selv. Funnene viser at de opplevde å ha en viss kontroll over forløpet og at det gav de opplevelsen av velvære. Lydbåndene inneholdt informasjon om blant annet kost, trening og avslappingsteknikker. I en fagserie i kreftomsorg fra Den Norske Kreftforening (1999) står det at å informere om hvordan man kan dempe bivirkninger er en viktig del av forberedelsene ved cytostatikabehandling. Det står at pasientene selv bør delta aktivt i planleggingen av tiltak. Det å få et lydbånd om aktuelle tiltak er nok en hjelp når det er begrensninger på antall sykepleiere og undervisningstid (Williams og Schreier 2004), men det ideelle må være å få laget individuelle mestringsstrategier for hver enkelt pasient, der

en tar hensyn til faktorer som for eksempel alder, kjønn, personlige forutsetninger, interesser, tidligere erfaringer med sykdom og det sosiale nettverket. Knutstad og Nielsen (2006) skriver at pasientene skal informeres ut fra sine egne behov, og sykepleierne skal samarbeide med pasienten om å velge strategier for kvalmebehandling. Sykepleiere bør støtte pasienten i troen på mulighet for å mestre, la pasienten selv få gjøre rede for sine mestringsstrategier og prøve å finne ut hvordan han tidligere har mestret problemer og påkjenninger. Dette er med på å styrke pasientens selvbylde og opplevelsen av egenverd (Reitan og Schjølberg 2004). Det å støtte pasienten i troen på å mestre, og få tak i pasientens ressurser, vil nok få mange pasienter til å kunne oppleve velvære. I samsvar med våre funn må en tilstrebe det å se muligheter i situasjonen fremfor å la begrensninger stenge for handlingsalternativer, for Roscoe et al. (2004) skriver at hvis en forventer kvalme og tror at en blir det, er sjansen stor for å oppleve det.

### **5.2.2 Informasjon og brukermedvirkning**

Williams og Schreier (2004) hevder at det å kunne få snakke i telefonen, og få høre på båndopptak når en selv måtte føle for det, er positivt med tanke på at informasjon må gjentas flere ganger. Ifølge våre funn kan god informasjon gi mindre angst og redusere bivirkninger. Pasienter som er forberedt på bivirkninger som kan oppstå, og på å utføre handlinger som kan redusere bivirkninger, vil lettere kunne takle og akseptere plagene (Reitan og Schjølberg 2004). Med lydbånd kan det kanskje være vanskelig å få til en god terapeutisk kommunikasjon. Heggdal (2006) står det at sykepleiere må kunne lytte til hvordan pasientene har det for å få mulighet til å gi personlig omsorg. Integritet ivaretas, ifølge Heggdal (2006), når vi legger vekt på å lytte, lar pasienten få mulighet til å bestemme hva han/hun vil si, og når vi sikrer at sykepleieintervju og informasjon foregår som en privat samtale. Det er viktig å bruke intuisjon og kjenne etter om pasientene er komfortabel med spørsmålene og informasjonen. Vi må prøve å merke oss om vi går utover pasientenes grenser.

I ett av punktene i NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at *”sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendig avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”* (Håndbok for sykepleierstudenter 2009-2010 s, 175). Det står i Heggdal (2006) at pasientenes rett til selv å medvirke er nedfelt i lovverket som en pasientrettighet. Brukermedvirkningen kan forstås som en prosess der pasienten oppdager og fremmer sine behov for helsehjelp, deltar aktivt i å finne løsninger og mobiliserer sine ressurser for å gjenvinne helse og velvære. Det å få tak i pasientens ressurser og se muligheter i situasjonene underbygges også i våre funn (Roscoe et al. 2004 og Molassiotis et al. 2008). I Heggdal (2006) står det at bemyndigelse innebærer å gi og overføre makt fra helsepersonell til pasienten, og gjøre pasienten i stand til å medvirke i pleie og behandling. Medvirkningen innebærer at pasienten skal inngå i en relasjon til helsepersonell der han/hun bringer inn noe som får betydning for det som skal skje i fortsettelsen. Heggdal (2006) skriver at dette ”noe” som pasienten skal medvirke med, er pasientens kroppskunnskap. Ved å anerkjenne og anvende pasientens kroppslige erfaringskunnskap overfører vi og deler makt med pasienten.

Begrepet kropp forstås her som samtidig objekt og subjekt, noe vi har og er, som både er fysiologiske, psykologiske, sosiale og åndelige kropp - som kilde til erkjennelse og mening. Vi reagerer med hele oss når vi blir syke, og ved å leve i og med en syk kropp utvikler vi kunnskap som er spesifikk for egne reaksjoner på diagnosen. Kroppskunnskap forstås her som pasientens kunnskap om tålegrenser for aktivitet, fysisk miljø og psykososiale miljøgifter, kunnskap om virkningen av pleie og behandling, kunnskap om forebygging og egenbehandling, lindring, mestring og bedring. Kunnskapen styrkes og utvikles gjennom en prosess der pasienten lytter til egen kropp, reflekterer over erfaringene, og er i dialog med omgivelsene. Helsepersonell som møter pasienten med kunnskap, forståelse og håp, vil styrke denne prosessen (Heggdal 2006,s.69)

Reitan og Schjølberg (2004) mener at for å gi god sykepleie bør sykepleiere ha innsikt i, og forståelse for sykdomsforløpet som alle kreftpasienter gjennomlever på sin spesielle måte og med sin egen opplevelse. For mange pasienter er det kroppen som først forteller at noe er galt. Hvordan en pasient tolker og handler i forhold til det kroppen forteller, er avhengig av hans bakgrunnsforståelse. Ifølge våre funn kan den situasjonen pasienten er i, få stor innflytelse på muligheten for mestring av sykdommens konsekvenser og dagliglivets utfordringer (Molassiotis et al. 2008). Det samsvarer også med våre funn at det er viktig for sykepleieren å få frem pasientens egen livshistorie, hans opplevelse av

sykdommen, dens mening og konsekvenser både kroppslig, emosjonelt og sosialt. Pasientens bakgrunnsforståelse er til hjelp for sykepleieren i å se pasienten i hans egen kontekst (Reitan og Schjølberg 2004).

Heggdal (2006) skriver også om autonomiprinsippet, og at det innebærer at pasienter i størst mulig grad skal medvirke når det gjelder valg av behandling og pleie. Prinsippet om autonomi medfører, ifølge Heggdal (2006), en plikt for helsepersonell til å informere og ta pasienten med på råd angående avgjørelser som gjelder pasientens liv og helse. Det står videre at sykepleien presenteres i form av tilbud om hjelp, og i følge autonomiprinsippet har pasienten rett til å avslå gjennomføringen av tiltak, men da først etter at en har gitt informasjon om forventet virkning av tiltakene og konsekvenser av at de ikke blir gjennomført. Noen pasienter ønsker å være aktivt med på å ta avgjørelser, andre ønsker ikke å delta så aktivt. Men poenget er ifølge Heggdal (2006) at vi legger til rette for deltagelse ved å gi tilstrekkelig informasjon om hva vi gjør og hvorfor, og åpner for dialog der pasienten kan komme frem med sine synspunkter og bli tatt på alvor. Sykepleiere bidrar da til at pasienter med cytostatikarelatert kvalme kan oppleve økt velvære. I samsvar med våre funn må sykepleierne forsikre seg om at pasientene har en forståelse av hva som skal skje, og det må være en åpenhet for at pasientene har en mulighet for å akseptere eller avslå. Williams og Schreier (2004) og Reitan og Schjølberg (2004) skriver blant annet at informasjon er vesentlig for at pasienten skal kunne mestre utfordringer.

I en fagserie i kreftomsorg fra Den Norske Kreftforening (1999) står det at informasjon bør gis både skriftlig og muntlig, og at språket vi bruker skal være forståelig for pasienten og individuelt tilpasset etter alder, sykdom, behandling, mestringsmuligheter og tidligere erfaringer med mer. Ifølge våre funn vil informasjon fra pasienten selv ofte være svært retningsgivende for både videre opplegg, som for eksempel forebygging av tidligere plagsomme bivirkninger, og for videre informasjon. Pasienten må oppfordres til å stille spørsmål underveis slik at det som virker ukjent kan gjøres kjent og dermed mindre skremmende. I Bergkvist og Wengstrøm (2006) står det at pasientene synes det er vanskelig å vite hva de skal spør om. Alt er veldig uklart, nytt og skremmende og en vet ikke hva en skal spør om, for å finne ut hva en trenger å vite. Det kommer frem i våre funn at kvalmeopplevelser er veldig kompleks/sammensatt og at det blir opplevd svært

forskjellig fra person til person. Nettopp derfor er det svært viktig med ressursfokusering og at sykepleierne har evne til å forstå pasientens subjektive opplevelse ved lidelsen. Siden kvalmeopplevelsen er så individuell og sammensatt, og har store konsekvenser for pasientens liv, er det nok vanskelig å gi en generell informasjon som skal passe til alle.

En pasient i Bergkvist og Wengstrøm (2006) beskrev den nye situasjonen som at livet brått tok slutt. En annen pasient beskrev en opplevelse av at soverommet føltes som et sykehusværelse; det luktet annerledes og det var fullt av medisinsk utstyr. Mange beskrev hvordan forholdet til venner og familie ble forandret. Noen kom nærmere hverandre, andre tok avstand og ville ikke snakke om situasjonen de var i.

*I'd rather be sick than have nausea... to be honest I'd rather have the sickness because you can do something about it...* ( Molassiotis et al. 2008)

### **5.2.3 Komplementær og alternativ behandling**

I Knutstad og Nielsen (2006) står det skrevet at sykepleiere skal kunne vurdere pasientenes sykdomsuttrykk og deres subjektive opplevelse. De må kunne iverksette tiltak for å forbedre pasientenes helsetilstand. Tiltakene må utføres ut fra sykepleieforskning, psykologisk forskning og erfaringer. Ifølge våre funn kan det å tilby pasientene å lære seg mestringsstrategier være et tilbud eller et supplement til behandlingen. Det kan være med på å styrke pasientenes mulighet til å influere på eget liv og de kan oppleve større kontroll. Et slikt tilbud kan være komplementær og alternativ medisin. Over halvparten av norske kreftpasienter bruker produkter fra helsekostmarkedet (Norheim 2009). Ved St. Olavs hospital i Trondheim er bruk av akupunktur og akupressur tatt inn i metodeboken som standard behandling ved visse typer cytostatikakurer der kvalme er et stort problem. I Sverige finnes Vidarklinikken, som er et antroposofisk sykehus. Også i Danmark, ved Humlegaard, tilbys alternative behandlingsformer (Norheim 2009). Når kreftpasienter oppsøker alternative behandlingsformer, er det ikke nødvendigvis for å helbrede sykdommen, men for å lindre plagsomme symptomer og få bedre livskvalitet. Andre

ganger kan det være at pasienten ønsker at ”ikke noe skal være uprøvd”, og at de selv skal ha ”gjort alt” som tenkes kan i kampen mot sykdommen (Norheim 2009). Ved å være så aktiv som mulig selv kan en føle at man selv yter en innsats og på den måten bevarer kontrollen over eget liv. Shin et al.(2004) og Dibble et al. (2007) skriver at akupressur er et effektivt hjelpemiddel mot cytostatikarelatert kvalme. I begge artiklene er det akupressur på P6 punktet som reduserer varighet, hyppighet og intensiteten på kvalme og oppkast. Norheim (2009) skriver at mer en 30 kontrollerte studier viser effekt av akupunktur og akupressur mot kvalme. I samsvar med våre funn står det at akupunktur kan være like effektivt som medikamenter ved kvalmebehandling og bør innføres som en del av de ordinære tiltakene. Johannessen (2008) skriver at akupressur og akupunktur stimulerer egenproduksjon av blant annet endorfiner som har en smertedempende effekt, og serotonin som har en positiv effekt på pasientens psykiske tilstand. Akupressur og akupunktur stimulerer også dannelsen av stoffer lokalt som virker utvidende på blodårene og dermed bedrer perifer sirkulasjon og gir muskelavslapning. Funnene i litteratursøkene viser at akupressur mot cytostatikarelatert kvalme er et trygt og effektivt hjelpemiddel, også for å redusere intensiteten på den forsinkede kvalmen (Dibble et al. 2007). Ifølge våre funn vil det å ha bedre kontroll over forsinket kvalme gjøre cytostatikarelatert kvalme mindre belastende (Lee et al. 2005). I det medisinske fagmiljøet er konklusjonen at det er uavklart hvor godt akupunktur og akupressur egentlig virker, og hvordan de virker, selv om det for enkelte tilstander er påvist effekt ved akupunktur (Johannessen 2008). Noen alternative behandlere mener at de kan helbrede alt, også kreft. Det kan virke fristende å prøve for mange pasienter. Siden en del alternative behandlere lover mer enn hva de kan holde er det kanskje usikkerhet hos pasientene hvilke alternativ type behandling de skal velge. Dette skaper et dårlig samarbeidsklima mellom det tradisjonelle og det alternative behandlingssystemet. Et annet problem kan være at legenes behandling i stor utstrekning er basert på undersøkelser og forskning, mens de alternative behandlingene er basert på teorier, holdninger og tro. Det er fortsatt bare få alternative behandlingsformer der effekten er undersøkt systematisk. På grunn av den utbredte mangelen på dokumentasjon er det vanskelig for mange leger å råde pasientene til alternativ behandling (Esbensen 2002).

Selv om mange sykepleiere er utdannet akupunktører er det nok få som kan bruke denne kompetansen i sin praksis, slik som det offentlige helsevesenet er organisert. Det er et

uavklart forhold mellom alternativ og offentlig godkjent behandling og mellom legeansvar for behandling og sykepleierens ansvar for pleie og omsorg (Esbensen 2002). Kanskje kan dette uavklarte forholdet utfordres ytterligere hvis sykepleiere kan tilby pasientene akupunktur. Siden akupunktur oppfattes som alternativ behandling og ikke som et offentlig skolemedisinsk tilbud, kan mange sykepleiere finne det vanskelig å få brukt sin akupunktør utdanning (Johannessen 2008).

I NSF's yrkesetiske retningslinjer (Håndbok for sykepleierstudenter 2009-2010) står det at sykepleieren skal ta initiativ til og fremme tverrfaglig samarbeid. Tre av punktene under retningslinje 6; sykepleieren og medarbeideren lyder slik:

6.2 sykepleieren tar initiativ til og fremmer et tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjons- og kompetansegrensene i alle deler av helsetjenesten.

6.3 sykepleieren kjenner og erkjenner egen funksjon og kompetanse i tverrfaglige team, og bidrar aktivt med sine kunnskaper for å løse fellesoppgavene.

6.4 dersom interessekonflikter oppstår mellom ulike faggrupper i forbindelse med løsningen av en oppgave, skal alltid hensynet til pasientens liv og helse prioriteres (Håndbok for sykepleierstudenter 2009-2010 s, 175).

Det er ønskelig at det offentlige helsevesenet ser verdien av at en del sykepleiere også har etterutdanning i akupunktur. Det vil være en berikelse og besparelse i det offentlige helsevesenet at sykepleiere får praktisere en kombinasjon av sykepleie og akupunktur (Johannessen 2008 og Shin et al. 2004).

#### **5.2.4 Kartlegging av kvalme og behandlingseffekt**

Ifølge våre funn er det viktig å få opplysninger om hvordan kvalmen innvirker på livskvaliteten og hvilke strategier som har vært vellykket for hver enkelt pasient. Studier til Andersen et al. (2006) og Braud et al. (2003) viser at det er mulig å få registrert informasjon om opplevelsen og bivirkninger, og at en med det kan bidra til å øke pasientens velvære. I generelle sykepleietiltak mot kvalme og brekninger inngår det evaluering av kvalmeregimet. I fagserien om kreftomsorg fra Den Norske Kreftforeningen (1999) står det at en skal gi god og kontinuerlig rapportering både muntlig og skriftlig. En



skal tilstrebe en systematisk oversikt over regime som inneholder hvilken kur som er gitt, hvilken kvalmebehandling er gitt og en kvalmebehandling med evaluering. I samsvar med våre funn er det viktig å innhente opplysninger fra pasienten om virkning og bivirkninger av kuren, både under, like etter og også etter at pasienten er kommet hjem. Eget kvalme registreringskjema er et nyttig redskap (Braud et al. 2003).

En grunn for at det er vanskelig å lindre kvalme kan være at kvalme er lite utredet, og at tilstanden er vanskelig å måle objektivt. Prøver man å telle eller måle følelser, må de enten graderes på en tallskala eller plasseres i følelseskategorier. Ifølge våre funn kan man for eksempel lage en kvalmeskala hvor pasienten angir kvalme på en skala fra en til fem. Slik omgjøring av en fortelling til tallkategorier medfører at mange nyanser går tapt i kategoriseringen. Man mister den fulle pasientkunnskapen om kvalme ved å gjøre en slik omkodning (Norheim 2009). Det at kvalme har en psykisk side gjør det vanskeligere å kontrollere medisinsk enn den rent fysiske tilstanden. Frykt, redsel og angst kan uttrykkes som magesmerter, og medisinske lidelser i mage og tarm kan i mange tilfeller knyttes til stress (Norheim 2009).

I Reitan og Schjølberg (2004) står det at for å kunne hjelpe pasienten må sykepleieren ha kunnskaper – men først og fremst evnen til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Teoretisk kunnskap er altså ikke tilstrekkelig for handling. Kunnskapen blir først levende når den tilpasses i det virkelige møtet med pasienten og hans situasjon. I samsvar med våre funn er det viktig å finne ut pasientens oppfatning av situasjonen. I samtale med pasienten bør åpne spørsmål og lyttende atferd praktiseres, i følge Reitan og Schjølberg (2004). Åpne spørsmål inviterer pasienten til å være mer deltakende. En kan også oppmuntre pasienten til å snakke ved blikkontakt, smil, nikk og med bekreftende ord og uttrykk. Pasientens svar kan gi sykepleieren viktig informasjon om pasientens opplevelse av sin situasjon (Reitan og Schjølberg 2004).

Våre egne kliniske erfaringer fra praksis har lært oss at å være kvalm og kaste opp kan oppleves svært ubehagelig og at pasienter mener kvalmen var det mest ubehagelige ved kreftbehandlingen. I samsvar med våre funn førte kvalmen til nedsatt livskvalitet og var en stor påkjenning for pasienten og pårørende. I våre praksisstudier opplevde vi at sykepleierne fokuserte på smertelindring uten å forebygge og lindre kvalme. I Reitan og

Schjølberg (2004) står det at smerte kan utløse og underholde kvalme og oppkast. Samtidig vil smerte også forsterke pasientens kvalmeproblem av annen årsak. Kanskje sykepleierne på sykehuset hadde opplevd nettopp dette; at god smertelindring i noen tilfeller kunne virke bedre enn antiemetikum. Det er også viktig å vite at cirka ¼ av de pasientene som får smertebehandling i form av opioider opplever kvalme (Reitan og Schjølberg 2004). Årsaken er opioidenes aktivering av sentrale kvalmemekanismer og at motilitetsreduksjon i ventrikkelen medfører væskereduksjon (Reitan og Schjølberg 2004). Ifølge våre funn kan sykepleiere møte mange utfordringer når det gjelder pleie av pasienter med cytostatikarelatert kvalme. For som Molassiotis et al. (2008) skriver, så er det mange faktorer som påvirker hvordan pasientene opplever kvalmen. Faktorer som påvirker er kjønn (kvinner er mer utsatt), alder (yngre er mer utsatt), allmenntilstand, type antiemetika og betingede reflekser (for eksempel tidligere dårlig erfaring med cytostatika). Også tidspunktet for når kvalmen inntreffer varierer betydelig. Kvalme og oppkast kan komme akutt (innen 24 timer), forsinket (mer enn 24 timer etter administrering) eller antisipatorisk (Knutstad og Nielsen 2006 og Lee et al. 2005). Ifølge våre egne erfaringer fra praksis har mange pasienter opplevd kvalmen så ubehagelig at de velger å avbryte behandlingen eller vegrer seg for å begynne på ny behandling ved tilbakefall av sykdommen. Sykepleierne må derfor prøve å hindre at kvalme oppstår, redusere og kontrollere kvalme. Dette er også viktig for å unngå antisipatorisk kvalme. Pasienter som har fått cytostatika og er blitt kvalme, kan knytte kvalmeopplevelsen til personer, synsinntrykk eller lukt som inngikk i behandlingssituasjonen. Resultatet kan da bli at pasienten blir kvalm når de opplever noe som minner dem om cytostatikabehandlingen (Knutstad og Nielsen 2006).

Siden velvære er et subjektivt fenomen er det, ifølge våre funn, viktig å kartlegge det på en slik måte at pasientens egen opplevelse av sin situasjon kommer frem. Når livskvalitet og velvære skal kartlegges kan spørreskjemaer eller intervju brukes (Molassiotis et al. 2008). I Knutstad og Nielsen (2006) står det blant annet at klinisk erfaring og litteratursøk viser at sykepleiere er opptatt av livskvalitet og velvære, og at det ser ut som denne interessen etter hvert har kommet pasientene til gode, blant annet ved at det gjennomføres studier som omhandler tiltak for å bedre pasientenes livskvalitet og velvære. I Reitan og Schjølberg (2004) står det at til tross for arbeidet som har blitt utført for å utvikle spørreskjema til kartlegging av livskvalitet og kontrollere deres holdbarhet på ulike pasienter, er det gjort få

studier for å evaluere ulike tiltak eller intervensjoner og deres effekt på livskvalitet. Livskvalitetsforskning er kritisert for å ha liten betydning for pasientene i praksis (Reitan og Schjølberg 2004). I Norheim (2009) står det om en forskningsgruppe, som heter "Whole systems research" (WSR). Den tar for seg helhetlig pasientbehandling. De skal ivareta behandlingsprosessen og samtidig fokusere på endepunktet for behandlingen. En slik utforskning av behandlingseffekt vil i større grad kanskje forklare pasientens opplevelse av effekt.

Andersen et al. (2006) skriver at pasientene noterte i dagbøker, sine opplevelser av bivirkninger og effekten av intervensjonene. I Reitan og Schjølberg (2004) står det at dagboknotater kan være med på å gi pasienter svar på spørsmål som for eksempel: Hva gjør meg kvalm? Hva gjorde jeg de gangene jeg følte velvære? Målet er å redusere aktiviteter som virker forverrende på symptomene og fortsette med det som gir opplevelse av velvære. I Reitan og Schjølberg (2004) sitt kapittel om livskvalitet står det blant annet at noen pasienter kan finne mening via skapende verdier ved at man gir noe til andre. Det kan dreie seg om det å skape ved at ens ressurser tas i bruk, ved for eksempel å skrive om egne erfaringer ved sykdom. Ved å dele sine opplevelser og erfaringer, og eventuelt hjelpe andre i en lignende situasjon, kan nok lidelsen bli mindre meningsløs for pasienten.

## 6. KONKLUSJON

Studiens resultat viser at kvalmeopplevelsen blir opplevd svært forskjellig fra person til person. Mye tyder på at omsorgen må være basert på et helhetlig menneskesyn og at pasientenes opplevelse og reaksjoner på behandling må være sentral. Sykepleiere bør kunne vurdere pasientenes sykdomsuttrykk og deres subjektive opplevelser. Det kom fram i resultatet at sykepleiere bør støtte pasientene i troen på mulighet for å mestre og å få tak i pasientenes ressurser. Dette er med på å styrke pasientenes selvbilde og opplevelse av egenverd. Pasientene som lærte seg mestringsstrategier fikk større tro på seg selv og opplevelse av å kunne influere på sitt eget liv. De opplevde å ha en viss kontroll over forløpet og det ga de opplevelsen av velvære. Sykepleierne må forsøke å legge forholdene til rette for det pasientene ønsker, og de må gi dem alternativene slik at den enkelte har et valg. En stor del av sykepleiernes oppgaver er å lære pasientene egne strategier i selv å håndtere bivirkninger og ifølge nevnt forskning kan lydbånd om aktuelle tiltak være til hjelp når det er begrensninger på antall sykepleiere og undervisningstid. Pasientene bør informeres ut ifra egne behov, og sykepleierne skal samarbeide med pasienten om å velge strategier for kvalmebehandling. Det er viktig å få opplysninger om hvordan kvalmen innvirker på livskvaliteten, og hvilke strategier som har vært vellykket for hver enkelt. Resultatet viser at det er mulig å få registrert informasjon om opplevelsen av bivirkningene og at en med det kan bidra til å øke pasientens velvære. Ved å bruke pasientinformasjon fra kvalmeskalaer, dagbøker og intervju kan en lage individuelle strategier for håndtering av kvalme, samtidig som tar hensyn til faktorer som tidligere erfaringer, alder og personlige forutsetninger. Funnene viser også at akupunktur og akupressur er et bra hjelpemiddel mot kjemoterapi-relatert kvalme.

Vi mener at dette studiet kan bidra til å gi nyttig kunnskap som har betydning for sykepleiers utdanning og yrkesfunksjon. Vi anbefaler at det forskes mer innen dette temaet, for å øke kunnskapen om pasientenes kvalmeopplevelse ved cytostatikabehandling. Siden pasienter opplever sine situasjoner så forskjellig, mener vi at det bør forskes mer på hvordan sykepleiere kan vurdere pasientenes subjektive opplevelser for å gi de hjelp og støtte til å kunne oppleve velvære. Den kvantitative forskningen

bringer fram målt kunnskap som man bør bruke kvalitative forskningsmetoder på for å forstå bedre, og i større grad kunne forklare pasientens opplevelse av effekt.

## LITTERATURLISTE

Andersen, Christina, Liz Adams, Tom Moeller, Julie Midtgaard, Morten Quist, Anders Tveteraas og Mikael Rorth. 2006. The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy – The use of semi-structured diaries. *European journal of oncology nursing* 10, 247-262.

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

Bernhardson, Britt-Marie, Carol Tishelman og Lars Erik Rutqvist. 2007. Chemosensory changes experienced by patients undergoing cancer chemotherapy: A qualitative interview study. *Journal of pain and symptom management* vol. 34 no. 4.

Bielecki, Thomas og Bente Børdahl. (2005). *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Braud, Anne-Chantal, Dominique Genre, Christine Leto, Vanessa Nemer, Jean-Francois Cailhol, Genevieve Macquart-Moulin, Dominique Maraninchi og Patrice Viens. 2003. Nurses`repeat measurement of chemotherapy symptoms. *Cancer nursing*, vol. 26, no. 6.

Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Campos de Carvalho, Emilia, Fernanda Titareli Merizio Martins og Claudia Benedita dos Santos. 2007. A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Cancer nursing*, vol. 30, no 2.

Den Norske Kreftforeningen, Fagserie i kreftomsorg. 1999. *Omsorg for pasienter som får cytostatikabehandling*. Oslo: Aktiv trykk.

Dibble, Suzanne L, Judy Luce, Bruce A Cooper og Jill Israel. 2007. Acupressure for chemotherapy- induced nausea and vomiting. *Oncology nursing society* vol. 34, no 4, 813-821.

Esbensen, Bente Appel. 2002. *Mennesker mer kraft – sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. Danmark: Munksgaard Danmark.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2003. *Att og göra systematiska litteraturstudier*. Sverige: Natur och kultur.

Heggdal, Kristin. 2006. *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, Berit. 2008. *Komplementær og alternativ behandling – en grunnbok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (Lest 20.08.2009).

Kearney, Nora, Morven Miller, Roma Maguire, Shelly Dolan, Roseanne Macdonald, Joan Mcleod, Louise Maher, Lesley Sinclair, John Norrie og Yvonne Wengström. 2008. *Wisecare: 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: Akribe.

Kristoffersen, Nina Jaren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2005. *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kvamme, Odd Jarle. 1996. *Innføring I alternative medisin*. Oslo: Univesitetsforlaget AS.

Kvåle, Kirsti. 2002. *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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.

Legesiden.2009. legeforslaget. Tema: Kvalme.

<http://innhold.legesiden.no/nyheter/onkologi/ingefaer-hjelper-mot-kvalme-ved-kjemoterapi> (Lest 14.10.09)

Molassiotis, Alexander, Carrie T Stricker, 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.

Norheim, Arne Johan. 2009. *Komplementær og alternativ medisin*. Oslo: Høgskoleforlaget.

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

Reinart, Liv Merete. 2007. Å vurdere kunnskap – for deg som vil lese forskning kritisk. [www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=6052](http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=6052)

Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjøllberg. 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 Banerjee. 2004. Patient expectation is a strong predictor of severe nausea after chemotherapy. *Cancer* vol. 101, no 11.



Shelke, Abhay R, Joseph A Roscoe, Gary R Morrow, Lauren K Colman, Tarit K Banerjee og Jeffrey J Kirshner. 2008. Effect of a nausea expectancy manipulation on chemotherapy-induced nausea. *Journal of pain and symptom management* vol. 35 no 4.

Shin, Yeong Hee, Tae Im Kim, Mi Sook Shin og Hee-Soon Juon. 2004. Effect of acupressure on nausea and vomiting during chemotherapy cycle for Korean postoperative stomach cancer patients. *Cancer nursing* vol. 27, no 4.

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 nursing forum* vol. 31, no 1.

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

Aasgård, Trygve. 2006. *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen forlag.

**Vedlegg 1.**

**Figur A. Neiguan/P6 punktet**



**Vedlegg 2.** Tabell 2. Oversiktstabell over artiklenes innhold og kvalitet

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Roscoe, J et. al (2004) USA Cancer	Patient expectation is a strong predictor of severe nausea after chemotherapy	Å kartlegge pasientenes forventning til kvalme før kjemoterapi for å se om det var en utløsende faktor.	Kvantitativ. Kontrollgruppe som fikk spørreskjema før og etter kjemoterapibehandling. Statistisk analyse av datamaterialet.	201 kvinnelige kreftpasienter over 18 år, som får sin første kjemoterapi behandling.	Hos de kvinnene som mente det var svært sannsynlig at de ville få sterk kvalme ble forekomsten av kvalme fem ganger høyere enn hos de andre pasientene som så det som usannsynlig at de ville bli særlig plaget av kvalme.	Middels *
Shin Y H, et. al (2004) Korea Cancer Nursing.	Effect of acupressure on nausea and vomiting during chemotherapy cycle for Korean postoperative stomach cancer patients	Å undersøke effekten av akupressur på p6 punktet på pasienter som gjennomgår kjemoterapi behandling	kvantitativ. Pasientene skrev daglig logg og fylte ut kvalmeskalaer som ble analysert.	40 kreftpasienter som mottok sin første kjemoterapi behandling.	Mengden av oppkast, intensiteten av kvalme og forsinket kvalme ble betydelig redusert ved akupressur.	God *
Shelke, R A et. al (2008) USA Journal of pain and symptom management	Effect of a nausea expectancy manipulation on chemotherapy-induced nausea	Å finne effekten av tiltak for å redusere forventningskvalme	kvantitativ. Pasientene fikk pedagogisk materiell og spesifikk informasjon, spesielt designet for å redusere forventningskvalme.	358 pasienter som mottok sin første kjemoterapi behandling.	Betydelig reduksjon i forventningskvalme	Dårlig

Bernhardson B M, Tishelman C og Rutqvist L E (2007) Sverige Journal of pain and symptom management	Chemosensory changes experienced by patients undergoing cancer chemotherapy	Å undersøke pasienters opplevelser av lukt og smak endringer under kjemoterapi behandling	Kvalitativ. Semistrukturerte intervju.	14 kvinner og 7 menn, alder fra 32 til 73	Alle opplevde smak og lukt endringer. Variasjonene i opplevelsen av smak og lukt endringene gjør at bivirkningene blir spesielt utfordrende å vurdere å lindre.	Dårlig
Kearny, N et. al (2008) Engelsk European Journal of oncology Nursing	WISWCARE+: results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms	Å forebygge og styre bivirkninger som forbedrer pasienters status og livskvalitet	kvantitativ. Tilrettelagt informasjon og strukturerte intervjuer med fokus på kjemoterapi relaterte symptomer.	249 voksne kreftpasienter som fikk sin første kjemoterapi behandling.	Tiltakene hadde positiv effekt på pasientenes erfaringer i forhold til kvalme, brekninger og munnproblem.	Dårlig
Campos de Carvalho E, Martins F T, dos Santos C B, (2007) Cancer Nursing	Study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy	Å fastslå effekten av muskelavslapping på kvalme og oppkast i forbindelse med kjemoterapi.	Kvantitativ. Tabeller, visuelle skalaer og statistikker.	30 kreftpasienter over 18 år.	Viser at muskelavslapping gir en reduksjon i intensiteten av kvalme og oppkast.	Dårlig

Molassiotis, A et al. (2008) England European Journal of cancer care	Understanding the concept of chemotherapy-related nausea: the patient experience	Å undersøke pasient opplevelsen og bedre forståelsen av kompleksiteten bak kjemoterapi relatert kvalme og dens virkning på pasienters liv.	Kvalitativ. Intervju for å bevisstgjøre pasientene om egne strategier for håndtering av kvalme.	Av de 21 pasientene som ble spurt deltok 17. 10 menn og 7 kvinner som hadde opplevd kvalme under kjemoterapi.	Det var mulig å bevisstgjøre pasientene om egne strategier for håndtering av kvalme, og få registrert informasjon om bivirkninger. Dette var med på å øke pasienters velvære.	God *
Williams S A, og Schreier A M. (2004) Oncology Nursing forum	The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer	Å lære pasientene håndtering av bivirkninger.	Kvantitativ. En kontrollgruppe og en forsøksgruppe. Lydbånd som inneholdt veiledning, råd og informasjon om livsførsel og forhåndsregler. Pasientene ble oppfordret til å skrive dagbok for å få til evaluering av kvalmeregimet. Pasientene ble også telefonintervjuet.	70 kvinner som var under sin første kjemoterapi behandling.	Lydbånd var et effektivt verktøy for å lære pasientene egne mestingsstrategier i håndtering av bivirkninger.	Middels *

Braud, A C et al. (2003) Frankrike Cancer Nursing	Nurses `repeat measurement of chemotherapy symptoms	Å få registrert opplysninger om hvordan kvalmen innvirker på livskvaliteten, og hvilke strategier som var vellykket.	kvantitativ. Kvalmeregistrerings skjema.	Totalt 49 kreftpasienter, hvorav 23 menn og 26 kvinner i alderen 26 til 75 år som var under kjemoterapi behandling.	Det er mulig å få registrert informasjon om opplevelsen av bivirkninger og at man ved det kan bidra til å øke pasientenes velvære.	Middels *
Dibble, S L et al. (2007) USA Oncology Nursing society	Acupressure for chemotherapy-induced nausea and vomiting	Å sammenligne forskjeller i kjemoterapi relatert kvalme og brekninger ved å bruke ulike behandlingsmåter som akupressur, placebo-akupressur og vanlig omsorg.	kvantitativ. Deltagerne ble randomisert i tre grupper. Pasientene skrev daglig logg og benyttet kvalmeskalaer.	Det var 256 egnede kreftpasienter som ble spurt om å være deltagere. Av de 256 spurte, var det 160 som deltok. Frafall: 60 var ikke interessert, 15 var for opptatt, 15 var for syk og 6 var allerede under akupunktur behandling.	Akupressur er en effektiv medhjelper i å manøvrere cytostatika relatert kvalme. Det reduserte varigheten, hyppigheten og intensiteten av kvalme og oppkast.	Middels *
Lee J, et al. (2005) USA Cancer Nursing	Chemotherapy-induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer	Å avgjøre forholdet mellom akutt kvalme og brekninger og forsinket kvalme og brekninger i forhold til kvinners funksjonelle status med tanke på kjemoterapi relatert kvalme.	kvantitativ. Pasientene benyttet daglig logg og kvalmeskalaer.	353 kvinnelige kreftpasienter som hadde to måneder igjen av kjemoterapi behandling ble spurt om å være med. Av de 353 pasientene var det 50 som ikke deltok.	Å ha bedre kontroll over forsinket kvalme gjør kjemoterapi relatert kvalme mindre belastende for pasientene.	Middels *

Andersens C ,et al. (2006) Danmark, European journal of oncology Nursing	The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy- the use of semi-structured diaries	Å vurdere effekten av et flerdimensjonalt program på symptomer og bivirkninger hos pasienter som gjennomgår kjemoterapi.	Kvantitativ og kvalitativ data fra dagbøker ble kategorisert. Pasientene deltok i et 6 ukers program med strukturert fysisk aktivitet, avspenning, kroppsbevissthets teknikker og massasje. Mestringsstrategier, kvalmens varighet og frekvens ble registrert i skjemaer og dagbøker.	54 kreftpasienter mellom 18 og 65 deltok. Alle hadde hatt minst en kjemoterapibehandling.	Det var mulig å få registrert informasjon om bivirkninger og kvalmeopplevelse, som kan bidra til å øke pasienters velvære.	God *
Bergkvist K, og Wengstrøm Y, (2006) Sverige European Journal of oncology Nursing	Symptom experience during chemotherapy treatment- with focus on nausea and vomiting	Å få en dypere forståelse av kreftpasienters symptom erfaringer med fokus på kvalme og brekninger under kjemoterapi behandling, og hvilke konsekvenser disse har på deres daglige liv.	Kvalitativ. Semistrukturerte intervjuer med fem hoved kategorier som: før kreftdiagnose, å være syk, konsekvenser for hverdagen, gå gjennom kjemoterapi behandling, mestring under behandling og etter behandling, se frem til et normalt liv.	9 kvinner med ulike krefttyper som er under kjemoterapi behandling.	Individuelle opplevelser av kvalme og brekninger under kjemoterapi behandling kan ha en dyp effekt på hvordan behandlingen oppleves og kan påvirke fremtidige beslutninger om videre behandling.	God *