



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Brystkreft og fysisk aktivitet

- opplevelsen av mestring

Breast cancer and physical activity

-coping skills

Gunn Anita Kvisvik og Lise Ingrid Bråttvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 72

Molde, Innleveringsdato 6.6.2013



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Cecilie Grønvik

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: 4/12-12

Antall ord: 10949

"Gi meg en fisk

Og du hjelper meg for én dag

Lær meg å fiske

Og du hjelper meg for hele livet.»

Kon Fu Tse (551 – 479 f. Kr.)

Sammendrag:

Bakgrunn: Brystkreft er den hyppigste formen for kreft både nasjonalt og internasjonalt og stadig flere lever med sykdommen. Helsepersonell vil møte denne pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Å leve med en livstruende sykdom utfordrer evnen til å mestre og det er behov for forskningsbasert kunnskap på området.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om fysisk aktivitet påvirker kvinner med brystkreft, deres hverdag, under og etter behandling og om det bidrar til økt mestring.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på tretten forskningsartikler, hvor hovedandelen er av kvalitativt design.

Resultat: Resultat i studiene viser at kvinner med brystkreft oppnår forbedring av fysisk og psykisk funksjonsnivå som følge av fysisk aktivitet. Dette ga økt mestring av kreftsykdommen. God og tilstrekkelig informasjon var viktig. Sosial støtte og felleskap med andre ble fremhevet som positivt og viktig.

Konklusjon: Fysisk aktivitet øker det fysiske og psykososiale funksjonsnivået hos kvinner med brystkreft under og etter behandling. . Dette gir økt mestring av sykdommen.

Nøkkelord: Brystkreft, fysisk aktivitet, sykepleie, opplevelse, mestring,

Abstract

Background: Breast cancer is the most common cancer type nationally as well as internationally, and more and more human being lives with the disease. Health care providers will meet these patients both in the specialist health service and the primary health service. To live with an life threatening disease challenges coping skills and it's necessary with research-based knowledge.

Purpose: The purpose of this literature study was to examine how physical activity affects women with breast cancer during and after treatment of the illness, and if it contributes to better coping skills.

Method: A methodical literature study based on thirteen research articles, mostly qualitative design.

Result: The results of the studies show that physical activity leads to an improved functional level, both physically and mentally, among women with breast cancer. It leads to a better coping with the cancer illness. Good and adequate information was important. Social support and social networks were accentuated as positive and important factors.

Conclusion: Physical activity leads to an improved physically and psychically level, and leads to a better coping during and after a breast cancer diagnose.

Key words: Breast cancer, physical activity, nursing, experience, coping.

Innhold

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Hensikt..... | 2 |
| 1.2 | Problemstilling | 2 |
| 2.0 | Teoridel | 3 |
| 2.1 | Brystkreft..... | 3 |
| 2.1.1 | Å leve med en kreftdiagnose..... | 4 |
| 2.2 | Fysisk aktivitet | 5 |
| 2.3 | Mestring..... | 6 |
| 2.4 | Mestringsstrategier | 6 |
| 2.4.1 | Salutogenese og sosial støtte | 7 |
| 2.4.2 | Mestringsforventning | 8 |
| 2.4.3 | Empowerment | 8 |
| 3.0 | Metode | 9 |
| 3.1 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 9 |
| 3.2 | Søkestrategi..... | 10 |
| 3.3 | Kvalitetsvurdering og etiske hensyn | 11 |
| 3.4 | Analyse | 12 |
| 4.0 | Resultat | 15 |
| 4.1 | Psykososialt funksjonsnivå..... | 15 |
| 4.1.1 | Å akseptere uten å resignere og ta ansvar for egen helse..... | 15 |
| 4.1.2 | Hverdagen som kreftsyk ga behov for struktur..... | 16 |
| 4.1.3 | Sosial støtte og fellesskap med andre i samme situasjon bidro til mestring... | 17 |
| 4.1.4 | Personlig trener, en viktig støttespiller for økt mestring..... | 18 |
| 4.1.5 | Behov for tilrettelagt informasjon..... | 18 |
| 4.1.6 | Kreftbehandling, også en psykisk påkjenning | 19 |
| 4.2 | Fysisk funksjonsnivå | 20 |
| 4.2.1 | På lag med kroppen og mer energi til livet | 20 |
| 4.2.2 | Reduksjon av fatigue..... | 21 |
| 5.0 | Diskusjon | 22 |
| 5.1 | Metodediskusjon | 22 |
| 5.1.1 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 22 |
| 5.1.2 | Datainnsamling | 23 |
| 5.1.3 | Kvalitetsvurdering..... | 24 |
| 5.1.4 | Dataanalyse | 25 |
| 5.2 | Resultatdiskusjon..... | 26 |
| 5.3 | Psykososialt funksjonsnivå..... | 26 |
| 5.3.1 | Aktivt deltakende i eget liv | 26 |
| 5.3.2 | Mer frisk enn syk | 27 |
| 5.3.3 | Fellesskap og sosialt støtte er viktig for mestring..... | 29 |
| 5.3.4 | God og tilrettelagt informasjon gir økt mestring | 31 |
| 5.3.5 | Fysisk aktivitet skaper mening og gir økt mestring av hverdagen..... | 32 |
| 5.4 | Fysiske funksjonsnivå | 33 |
| 5.4.1 | En ny hverdag med sterkere fysisk kropp | 33 |
| 6.0 | Konklusjon | 36 |

Litteraturliste

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte forskningsartikler

1.0 Innledning

Forekomsten av kreft synes å være økende, noe som bidrar til at en økende andel av befolkningen lever med en kreftsykdom (Kåresen 2012). Brystkreft er en av de kreftformene som oftest rammer kvinner både nasjonalt og internasjonalt og i 2010 fikk 2839 kvinner brystkreft i Norge (www.kreftregisteret.no).

Som følge av samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 2008-2009) vil mange av pasientene behandles i primærhelsetjenesten og utfordringene for oss sykepleiere vil være å tilby ett helhetlig pasientforløp, både under og etter kreftbehandling. En stor andel av pasientene som utskrives fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med tilbudet som dekker eventuelle pleiebehov. Kommunene tilbyr pasientene hjemmesykepleie eller institusjonsplass, men glemmer ofte å tilby fysioterapi og ergoterapi samtidig, som er en viktig del i en rehabiliteringsfase (St.meld.nr.47 2008-2009).

Studier viser at det er en sammenheng mellom fysisk inaktivitet og en rekke kreftformer og det diskuteres om fysisk aktivitet kan ha en betydning for optimal kreftbehandling og rehabilitering (Thune 2008). Dette støttes av helsedirektoratet (2012) som anbefaler at fysisk aktivitet kan inngå i denne fasen.

I Helsedirektoratets rapport (2012) om rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft, kom Foreningen for brystkreftopererte (FFB) med et godt sitat:

En dag kreft – et par uker senere operasjon – dagen etter utskrivelse fra sykehuset, behandling og så direkte i arbeid. Vi skal takle ”kreften” med alt hva dette innebærer for en selv, familie, ektefelle osv., få behandling som ofte kan være en stor påkjenning etc. i raskt tempo og så er vi tilbake i jobb – hvem klarer alt dette fysisk og psykisk? (Helsedirektoratet 2012, 20).

Vi har begge hatt gjennom sykepleiestudiet praksis ved en kreftavdeling og fikk noe erfaring innen kreftsykepleien. Vi så at fokuset oftest var på behandling og smertelindring. Under ett møte med palliativt team ved sykehuset, fikk vi informasjon om aktivitetstilbud de tilbød kvinner med kreft i regionen og hva som fantes av tilbud i vår egen kommune. Det viste seg at det ikke fantes noe tilsvarende tilbud om fysisk aktivitet for denne

pasientgruppen i kommunen og de oppfordret oss til å opprette ett tilbud. Med denne oppfordringen i bakgrunn ønsket vi å se nærmere på om fysisk aktivitet har betydning for opplevelsen av mestring av hos kvinner med brystkreft.

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om fysisk aktivitet påvirker kvinner med brystkreft, deres hverdag, under og etter behandling og om det bidrar til økt mestring.

1.2 Problemstilling

Hvilken betydning har fysisk aktivitet for opplevelsen av mestring hos kvinner med brystkreft?

2.0 Teoridel

2.1 *Brystkreft*

Brystkreft er den vanligste kreftsykdommen hos kvinner. Risikoen for å få brystkreft stiger med alderen og er særlig hyppig rundt menopausen og i 60 årene, men forekommer også hos yngre kvinner. Utviklingen av brystkreft kan ligge i, at kvinnens bryst er i stadig endring gjennom hele livsforløpet (Kåresen 2012).

Behandlingen av brystkreft er avhengig av i hvilket stadium man befinner seg i ved på diagnosetidspunktet. 90 % av alle de som får en denne diagnosen er operable. Kirurgi er den viktigste kurative behandlingen ved brystkreft. I dag er brystbevarende kirurgi vanlig, dette gjøres ved at kulen fjernes med klare marginer, og det gjøres en begrenset uthenting av lymfeknutene i armhulen. Det sistnevnte kirurgiske inngrepet blir utført, når det kan gi ett kosmetisk tilfredsstillende resultat, og ved at risikoen for lokalt tilbakefall i samme bryst er minimalt (Reitan 2004).

Viss brystbevarende kirurgi ikke er mulig, fjernes hele brystet. Dette fører til at uthenting av lymfeknutene i armhulen blir begrenset. Risikoen for utvikling av metastaser, øker med tumorens størrelse og lymfeknutespredning. Strålebehandling er et ledd i primærbehandlingen, dette for å sikre lokoregional kontroll. Når en kvinne er operert med brystbevarende teknikk, skal brystet alltid bestråles. Er det fare for lymfeknutespredning, blir lymfeknuteområdene behandlet i tillegg til brystveggen og brystet. Resultatene viser til at kjemoterapi reduserer dødsraten av brystkreft med 38 % for pasienter under 50 år og 20 % for pasienter mellom 50 og 69 år (Kåresen 2012).

Bivirkningene av strålebehandling vil oftest være moderate. Pasienter som får stråling mot armhulen etter et kirurgisk inngrep, vil kunne få forsterket tendens til hevelse og eventuelt lymfeødem i armen. Lymfeødem kan være en sen effekt som vil være vedvarende og inntreffer oftest innen tre år etter behandling. Dette kan medføre at man får smerter, reduksjon i arbeidsevne og begrensninger knyttet til hverdagslige gjøremål (Kiserud 2012). Fysisk aktivitet med instruksjon og veiledning av fysioterapeut, blir ofte avgjørende for hvor god funksjonsevnen i skulderleddet blir og eventuelle hevelser i armen. Fatigue vil

opptre i alle faser av en kreftsykdom, man vil derfor kunne kjenne en økende tretthetsfølelse utover i behandlingsforløpet (Reitan 2004).

Fatigue er en subjektiv opplevelse av å være trett/sliten, kjenne seg svak og mangle energi, og kan også innebære en opplevelse av nedsatt hukommelse og konsentrasjonsvansker (Kiserud 2012, 141).

I stedet for kirurgisk behandling, kan man også bruke medikamentell behandling, som et alternativ. Dette blir tatt i bruk om sannsynligheten for spredning utenfor det lokoregionale området er tilstede og følsomheten for ulike medikamenter, cellegift og hormonpreparater er mottakelig i tumorvevet (Reitan 2004).

2.1.1 Å leve med en kreftdiagnose

Det å leve med en alvorlig sykdom vil få konsekvenser både for det fysiske og den psykososiale helsen. Det å ha fjernet et bryst kan gi pasienten følelsen av å ha tapt muligheter til livsutfoldelse (Kiserud 2012).

I følge Reitan (2004) kan identiteten vår som kvinner ved en brystkreftdiagnose trues. Sykdommen kan representere en trussel mot vår feminitet og kvinnelighet. Det å bli rammet av en livstruende sykdom vil ofte være forbundet med tap av selvfølelse, integritet, sosiale roller og selvoppfattelse. Det å miste et bryst er for mange kvinner noe langt mer enn bare en kroppsdel. Kroppen kan oppfattes som delt, og ikke lengre hel. Dette er en sorg for mange og en naturlig reaksjon på store påkjenninger. Når ett menneske kommer i en krise vil dens tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke alltid være tilstrekkelig for å forstå og mestre den aktuelle situasjonen (Reitan 2004).

Reitan (2004) hevder videre at angst og depresjon er andre sen effekter som er plagsomme og setter ned funksjonsevnen. Angst er et signal på at kroppen er i fare. Dette er en vanlig reaksjon på å ha fått en kreftdiagnose, og kan vedvare under og etter behandling. Depresjon er en reaksjon på en tapsopplevelse, som kan være både symbolsk og virkelig.

2.2 Fysisk aktivitet

I følge Lerdal og Celius (2011) er trening og fysisk aktivitet er begreper som ofte blir brukt, men det er viktig å skille mellom disse. Fysisk aktivitet i seg selv kan være vanlig hverdagsaktiviteter, mens trening er målrettet mot å forbedre styrke, utholdenhet og bevegelse. De definerer fysisk aktivitet som « enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i energibruk » (Lerdal og Celius 2011, 163).

En helt vanlig hverdag innebærer mange ulike aktiviteter, det kan være å gå tur, sykle, danse, gå på ski, svømme, arbeide i hagen eller gjøre annet manuelt arbeid. I den grad fysisk aktivitet er integrert i hverdagslivet, snakker vi om å leve et aktivt liv. Lerdal og Celius (2011) beskriver trening som en aktivitet som gjentas regelmessig og over tid, der mål om prestasjons, form og helseforbedring er gjeldende. Trening planlegges og har en strukturert og gjentakende form.

Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet sier alle mennesker bør, helst hver dag, være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask spasertur. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette (Jansson og Anderssen 2008). Når det her snakkes om middels intensitet ifølge Borgs skala, menes middels intensitet «snakkestempo», med dette menes at man makter å snakke mens man er i aktivitet. Dette varierer fra person til person og man kan samle opp aktiviteter og fordele de gjennom dagen, for eksempel tre ganger ti minutter. Eksempler på aktiviteter kan være hus og hagearbeid, gang i trapper, spaserturer og lignende (Jansson og Anderssen 2008).

For pasienter med brystkreft gjelder også disse anbefalingene med tilpasning til sykdommen. Det er viktig å rådføre seg med helsepersonell og rådførende lege slik at aktivitetsnivået kan tilpasses den enkeltes behov (Thune 2008).

I en kartlegging ved Lerdal og Celius (2011), av nordmenns vaner i forhold til fysisk aktivitet, oppga 65 % at de var fysisk aktive, og de fleste av disse hadde vært aktive i over 6 måneder. Men samtidig oppga 24 % at de var fysisk aktive, men ikke regelmessig. De fant at åtte av ti ønsket å starte med trening, dette for å oppnå fysisk og mentalt overskudd. Halvparten oppga dette som den viktigste årsaken for å starte opp med regelmessig fysisk aktivitet.

En studie av Carmichael, Daley, Rea og Bowden (2010), belyser at aktivitetsnivået til brystkreftpasienter reduseres betraktelig etter diagnosetidspunktet. Nivået synker med 11 % og bare 32 % deltok i det anbefalte nivået av fysisk aktivitet.

2.3 Mestring

Fjerstad (2010) sier at mestring er et lite ord som omhandler store ting – det å takle utfordringer både av det praktiske og det emosjonelle slaget. Videre sier hun at begrepet stammer fra det engelske ordet ”to cope”, som direkte oversatt betyr ”å klare, å greie”. Helsepersonell har en viktig oppgave i å styrke pasientens evne til å ta egne valg og gjenvinne kontroll i livet sitt.

Mestring kan også ifølge Gammersvik og Larsen (2012) forstås som å klare noe på egen hånd, som å takle stress ellers sykdom, slik at man kommer seg videre på en god måte. Aktiv og god mestring gjør en istand til å tilpasse seg den nye virkeligheten og fokuset er hva en kan leve med og det en selv kan være med å endre på (Fjerstad 2010).

2.4 Mestringsstrategier

Mestringsstrategier er strategier mennesker tar i bruk for å takle og gjenvinne kontroll i livet sitt (Reitan 2004).

Fjerstad (2010) omtaler to amerikanske psykologer som sammen og hver for seg har vært toneangivende innenfor forskningen omkring stress og mestring. De to psykologene, Richard S. Lazarus og Susan Folkman, hevder det fins to mestringsstrategier. Den ene fokuserer på problemløsning, mens den andre fokuserer på emosjoner. Begge strategiene er hensiktsmessige for å mestre, men brukes ulikt i forskjellige situasjoner og utfyller hverandre for å oppnå best mulig mestring (Fjerstad 2010).

Ifølge Renolen (2008) tar emosjonsfokustert mestring utgangspunkt i situasjoner man befinner seg i. Målet er å dempe det følelsesmessige stresset og påkjeningen de utsettes for, uten å gjøre noe med eller forandre selve situasjonen. Strategiene kan da være

forsvarsmekanismer som benekting og distansering. Fysisk aktivitet og bruk av rusmidler kan være en annen forsvarsmekanisme (Renolen 2008). På denne måten tilstreber en å få kontroll over seg selv og følelsene (Reitan 2004). I problemfokuset mestring gjøres noe med selve problemet, som for eksempel å skaffe seg hjelpemidler når funksjoner svekkes (Fjerstad 2010). Ved bruk av denne strategien forholder personen seg aktiv og direkte til problemet eller situasjonen det gjelder (Reitan 2004).

2.4.1 Salutogenese og sosial støtte

Filosofen Aaron Antonovsky (2000) og hans teori om salutogenese, er opptatt av å se helse i en helhet og sammenheng, fra å være alvorlig syk og til å være fullstendig frisk. Han hevder at opplevelsen av sammenheng er avgjørende for hvordan vi mennesker greier å mestre de utfordringene livet gir. For å oppnå denne sammenhengen må vi kunne forstå situasjonen og problemet, ha tro på at vi kan finne løsninger og klare å handle. Det er også viktig å finne en mening med det hele og finne en god mening i å forsøke det. Det salutogene fokuset leter etter hva som mennesket har av ressurser og hva som fremmer personenes bevegelse mot høyest mulig grad av helse (Antonovsky 2000).

«I denne tilnærmingen er det viktig at sykepleieren legger vekt på å tilføre, utvide og bevisstgjøre ressurser i kontrast til å lete etter årsaker til problemer» (Gammersvik og Larsen 2012, 205).

Sosial støtte er også motstandsressurser for å takle sykdom og stress. Antonovsky sier at i det store og hele er sosial støtte helsefremmende, og i mangel av den sykdomsfremkallende (Antonovsky 2000). Personer som har godt ivaretatt og trygge relasjoner til andre, og har en eller flere som bryr seg om dem, løser ofte spenning lettere enn de som mangler slike kvaliteter i relasjonene sine. Vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte tilstrekkelig for at det skal kunne være en mestringsressurs. Det har en tendens til å øke en persons styrke. Kvaliteten på den sosiale støtten har betydning og nære emosjonelle bånd er definert som særs viktig (Antonovsky 2005).

2.4.2 Mestringsforventning

Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) er mestringsforventning, en teori utarbeidet av Alfred Bandura, som ofte benyttes i helsefremmende sykepleie. Den handler om troen på at en selv har egne krefter til å håndtere oppgaver og utfordringer. Har man tro på det å kunne mestre, øker også sjansene for at man gjennomfører det man har bestemt seg for. Det handler om å ha kontroll på egne handlinger. Videre sier Gammersvik og Larsen (2012) at en viktig faktor for motivasjon til å være fysisk aktiv kan være forventninger og tillit til at handlinger vil føre til ønskede resultater. Støttespillere som har tro på muligheter for mestring har stor betydning.

Man kan også si sannsynligheten for at vi vil gjøre noe, øker proporsjonalt med troen vi har på at vi vil klare det (Espnes og Smedslund 2012). Personlige erfaringer er sentrale i dette, positive erfaringer bidrar til at mestringsfølelsen øker og motsatt ved negative opplevelser. I forhold til å være fysisk aktiv kan dette handle om tidligere gode erfaringer, hvor en har mestret fysisk aktivitet og følt dette som en god mestringsstrategi. En negativ opplevelse, kan føre til at vi ikke tør prøve på nytt igjen (Gammersvik og Larsen 2012).

2.4.3 Empowerment

Empowerment er en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Det handler altså om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. Sykepleiere skal være pasientens samarbeidspartner i Empowermentprosessen (Gammersvik og Larsen 2012, 175).

Sentrale grunnleggende prinsipper som er viktige i Empowerment - tenkningen er å anerkjenne kvinnen som ekspert på seg selv og tilstrebe medvirkning. Maktfordeling er også viktig, fra fagpersonene eller ekspertene overført til kvinnene selv.

Personer som er i en avmakt-situasjon, som kvinner med brystkreft kan være i, kan gjennom Empowerment prosessen opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten (Gammersvik og Larsen 2012).

3.0 Metode

I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) må det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, studier som kan utgjøre grunnlaget for selve litteraturstudien. Videre sier de at en systematisk litteraturstudie innebærer å søke systematisk, å ha med seg det kritiske blikket, samt det å sammenligne litteratur innenfor et problemområde eller et valgt tema.

For å få oversikt over emnet ble pensumlitteratur, annen faglitteratur, reviewartikler og forskningsartikler i feltet studert. BIBSYS og høgskolens databaser ble benyttet til å finne relevant litteratur.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Forfatterne ønsket å inkludere både kvalitative og kvantitative studier. Kvalitative forskningsartikler ble foretrukket for å få subjektive pasienterfaringer og -holdninger til betydningen og opplevelsen av fysisk aktivitet under og etter en brystkreftdiagnose. Videre var det viktig å undersøke om det var noen sammenheng mellom fysisk aktivitet og mestring.

For å begrense søket fokuserte forfatterne å søke på studier som var publisert i periodene 2007- og frem til i dag. Alle artiklene måtte være publisert på engelsk eller nordisk språk. Videre var det viktig at studiene belyste pasientperspektivet, at tidsskriftene de var publisert i var nivå en eller to, at de var etisk vurdert eller fagfellevurdert. I tillegg måtte studiene omhandle brystkreft, fysisk aktivitet og mestring, under og etter sykdomsforløpet.

Forfatterne valgte å ekskludere artikler som belyste sykepleie- og pårørendes perspektiv. Artikler som manglet IMRAD struktur, eller var vanskelig å analysere ble også ekskludert.

3.2 Søkestategi

Først ble det gjennomført ett prøvesøk i databasen OVID MEDLINE, hvor vi kartla at det fantes publisert forskning i feltet. Etter en del prøvesøk begynte prosessen med å fylle inn ett PICO – skjema med søkeord som tok utgangspunkt i problemstillingen, både på norsk og engelsk, i samsvar med anbefalinger fra Nordtvedt et al. (2007) som sier at PICO-skjem er å foretrekke for å få et mer systematisk søk. Forfatterne valgte etter hvert å ekskludere C i PICO-skjemaet, da de ikke hadde som hensikt å sammenligne tiltakene (se vedlegg 1). Det ble valgt å bruke kombinasjonssøk, i alle søkemotorene og begrensninger om at artiklene ikke måtte være fra år før 2007.

Deretter startet hovedsøkene i samme søkemotor, som er den største databasen for forskningsartikler innen helse. For å få relevante artikler og spesifikke funn ble det brukt avansert søk, sammen med trunkering og Mesh-terms av søkeordene. Trunkering vil si, at endingen av søkeordet ble tilføyd * eller \$, slik at alle varianter av ordet kom frem. MeSh – terms (medical subject heading) er emneord som beskriver innholdet i en artikkel, men ble også brukt for eventuelt å finne nye søkeord til videre søk. Kombinasjonsord som AND og OR ble brukt mellom bokstavene i PIO- skjemaet. OR for å utvide søket med et eller flere av søkeordene, mens AND for å avgrense søket ved kun å gi treff på gitte søkeord.

PIO-skjemaet ble et godt hjelpemiddel. Forfatterne valgte kun å benytte de engelske søkeordene for å oppnå flest treff. Søkeordene som ble benyttet var cancer mammae, breast cancer, breast neoplasm*, breast cancer*, for deretter å bli kombinert med OR. Dette resulterte i et stort antall treff. Forfatterne gikk derfor videre i PIO-skjemaet til neste steg, der søkeordene var physical* activ*, med exercise som MESH-term, exercis*, train*, sport*, med Sports som MESH-term for deretter kombinert med OR. AND ble videre brukt for å begrense de to første kategoriene i skjemaet. Dette resulterte i 1751 treff, og forfatterne gikk nå til siste kategori O. Her var søkeordene: master*, manag*, coping or cope*, Adapt*, Adaptions og med physiological som MESH-term. Deretter ble søkene i kategorien O kombinert, for så å bruke ordet experienc* for å begrense og kombinere søket i siste kategori. Alle de ferdige kategoriene i PIO-skjemaet ble satt sammen til et ferdig resultat av treff i søkemotoren OVID MEDLINE (Vedlegg 2).

Dette resulterte i 64 artikler. Alle abstracts, som så ut til å kunne belyse vår hensikt og problemstilling ble gjennomlest. 33 av artiklene ble vurdert til å være av interesse. Artikler som var tilgjengelig i fulltekst ble nå gjennomlest, mens de andre ble bestilt ved biblioteket. Artiklene ble vurdert i forhold til inklusjons, -eksklusjonskriteriene og resulterte i et utvalg på 24 artikler. En av disse artiklene ble eliminert da den ikke traff problemstillingen. Forfatterne satt da igjen med 23 artikler. Søk i ProQuest med samme søkekombinasjoner resulterte i elleve aktuelle artikler, hvorav kun en var aktuell. Sluttresultatet var da på totalt 24 artikler, 23 publisert på engelsk og en på norsk.

For å kvalitets sikre søkene har begge forfatterne gjennomført de samme søkene hver for seg.

3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Etter å ha søkt etter artikler i to måneder ble 24 forskningsartikler med til kvalitetsvurdering.

For å kartlegge nivået på tidsskriftene artiklene var publisert i, ble tidsskriftene søkt opp i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Sjekklistene fra Kunnskapsenteret (2011) for kritisk vurdering tilpasset ulike studiedesign, ble benyttet i kvalitetsvurderingen. Sjekklistene omhandlet spørsmål om de ulike delene av studien, som blant annet populasjon, validitet på resultat og dataanalyse. Det var her mulig å krysse av for svaralternativene ja, nei eller uklart. Sjekklistene hvor flere enn syv svar var besvart med ja, ble vurdert til å være gode nok til å inkluderes i vår studie. Dette resulterte i at elleve av artiklene ble ekskludert, mens elleve var av middels kvalitet og to av høy og ble med til videre granskning.

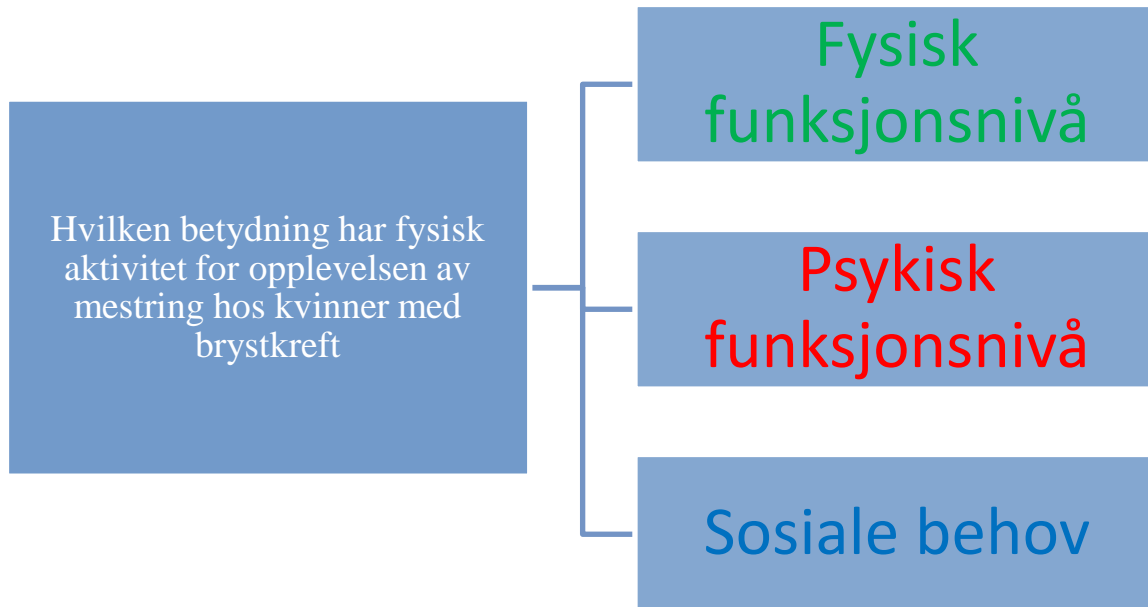
I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) må forfattere av en litteraturstudie fortrinnsvis inkludere studier som har fått en godkjenning fra en etisk komite` i litteraturstudien. I tillegg er det viktig å presentere alle resultat, enten de støtter eller ikke støtter forfatterens for forståelse. Artikler inkludert i litteraturstudien må oppbevares trygt i ti år.

3.4 Analyse

Ifølge Evans (2002) er analyse å organisere, tolke og sammenfatte datamateriell, slik at man får et oversiktlig resultat. I denne litteraturstudien er forfatterne inspirert av Evans (2002) analysemodell.

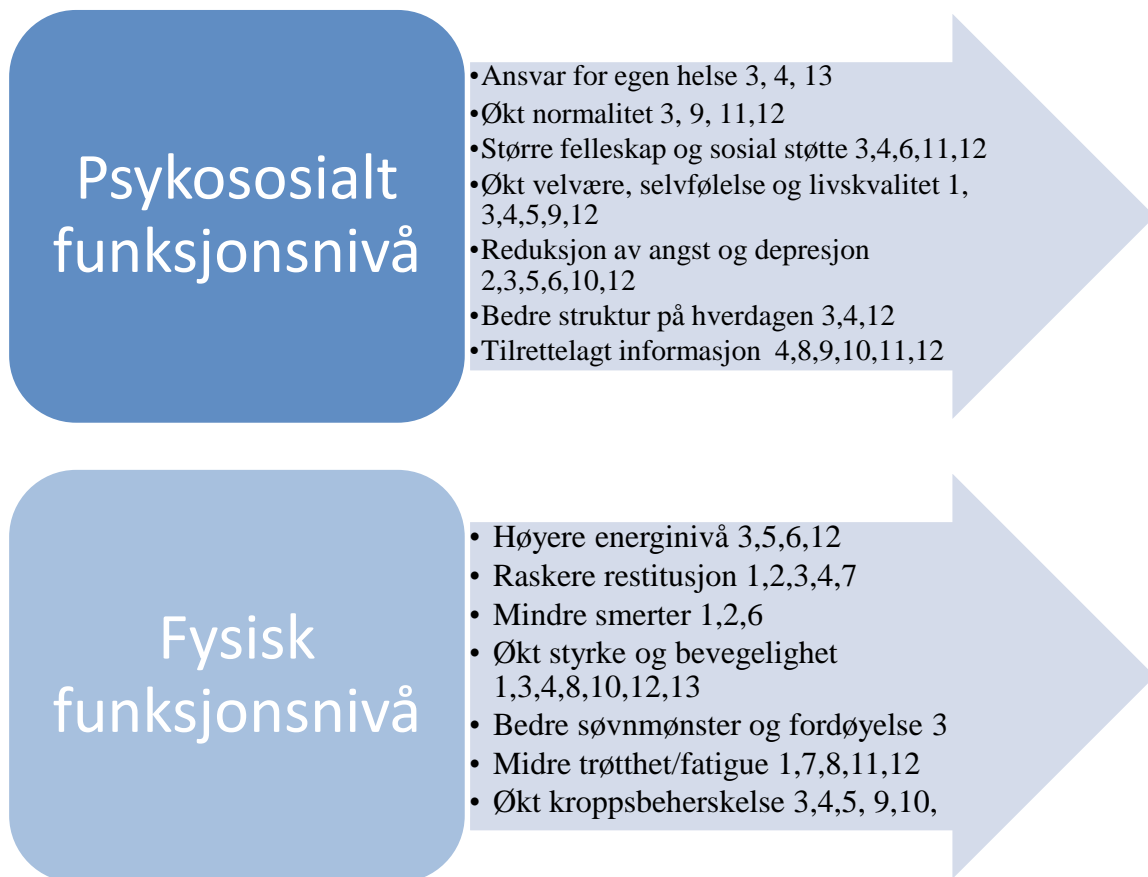
Å samle inn data var første steg på veien til innsamling av primærstudier, som beskrevet tidligere i oppgaven. Neste steg var å identifisere nøkkelfunn. Her leste begge forfatterne alle artiklene for å sikre at ingen nøkkelresultat ble oversett. Dette bidro til en helhetsforståelse av materialet og det ble lettere å se om artiklene kunne bidra til å gi svar på litteraturstudiens hensikt og problemstilling. Artiklene ble nå nummerert og satt inn i en oversiktstabell (vedlegg 3) Dette gjorde at forfatterne fikk oversikt over artiklene og resultatene.

Under analysen av resultatene i vår studie, ble det holdt fokus på pasientenes erfaring med fysisk aktivitet under og etter en kreftdiagnose. Teksten i artiklene ble redusert til tematiserte enheter. Fysisk, psykisk funksjonsnivå og sosiale behov ble tema som gjentok seg. Disse ble valgt som tre hovedtemaer. Forfatterne lagde seg ett tankekart (figur 1). Nøkkelresultat ble satt inn under hvert tema der de naturlig hørte til. Etter at det var satt i system ble artiklene lest på ny og nøkkelresultat ble fargekodet. Fargekodene identifiserte nøkkelresultatene på en effektiv og synlig måte. Etter nærmere bearbeidelse av tema valgte forfatterne å flette sosiale behov inn i psykisk funksjonsnivå og blir videre presentert som psykososialt funksjonsnivå i studien.



Figur 1. Tankekart

Artiklene var som tidligere beskrevet nummerert og neste steg var å telle data, altså se hvor ofte og i hvilke artikler resultatene gjentok seg i. Dette gjorde det enklere å se hvor sterke eller svake de var. Hovedtemaer med utvalgte nøkkelresultat vises i figur 1. med oversikt over hvilke og antall artikler resultatene forekommer i.



Figur 2. Datatelling

Resultatene fra artiklene ble deretter sammenlignet og sammenflettet i tekst etter likheter og ulikheter i de forskjellige artiklene. Dette for å tydeliggjøre resultatene på best mulig måte, og for å synliggjøre hva som er viktigst å diskutere i diskusjonsdelen.

Dette ga en helhet i studien som svarte til hensikt og problemstilling. Etter denne prosessen ble artiklene gjennomlest nok en gang, for å kvalitets sikre at alle resultatene som var vesentlige kom med i vår litteraturstudie. Resultatene presenterer i neste kapittel.

4.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om fysisk aktivitet påvirker kvinner med brystkreft, deres hverdag, under og etter behandling og om det bidrar til økt mestring.

4.1 Psykososialt funksjonsnivå

4.1.1 Å akseptere uten å resignere og ta ansvar for egen helse

Når mennesker rammes av kreftsykdom, der livet og menneskets eksistens blir truet, utfordres evnen til å mestre. Studiene til Whitehead og Lavelle (2009), Varre, Slettebø og Ruland (2011), Larsson, Jönsson, Olsson, Gard og Johansson (2008), Milne, Guilfoyle, Gordon, Wallman og Courneya (2007), Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie og Kearney (2007) og Bulmer, Howell, Ackerman og Fedric (2012) belyste at ved en brystkreftdiagnose og i en bearbeidelsesfase tredde mange kvinners ønske om å være deltakende i forhold til egen helse tydelig frem. Kvinner med brystkreft oppga at de var nødt til å lytte til signaler fra kroppen for å unngå tilbakefall og smerter. De ønsket å ha kontroll og hadde behov for å ta ansvar uten at kroppen satte begrensninger. Ved å være fysisk aktiv opplevde kvinnene en sammenheng mellom hvordan de tenkte, handlet og hvordan de opplevde å ha det i hverdagen. Det opplevdes meningsfullt å delta aktivt i sykdomsprosessen. Erfaringene sa at fysisk aktivitet ga de mulighet til å ta kontroll over situasjonen og da med nye mestringsstrategier.

Flere studier (Emslie et al. 2007 og Bulmer et al. 2012) belyste at kvinnene opplevde at de kom i posisjon for aktivt å ta ansvar for egen helse ved å delta i en treningsgruppe kontra vanlige støttegrupper. Kvinnene beskrev treningen som ”Empowering”. De følte stolthet etter treningen fordi de hadde gjort noe aktivt og bra for sin egen helse, i motsetning til passivt å motta kjemoterapi og stråling.

Going through treatment, i didn't feel healthy. I felt like my body was being poisoned in order to get rid of the cancer....But the one thing-it was a mental thing-that I knew I was doing that was good for my body was exercising, and that helped me balance the process out a little better (Bulmer et al. 2012, 777)

Kvinnene opplevde at de var i en større posisjon for aktivt å delta i å komme tilbake til livet og dette ga de en stor mestringsfølelse

4.1.2 Hverdagen som kreftsyk ga behov for struktur

Normalitetsbegrepet ble utfordret når man opplevde en alvorlig sykdom sa studiene til Milne et al. (2007), Larsson et al. (2008), Bulmer et al. (2012), Whitehead og Lavelle (2009). En reduksjon i den fysiske aktiviteten i forhold til før diagnosen, bidro til at man følte seg unormal og sykelliggjort. Det igjen å være fysisk aktiv tilbakestilte denne følelsen av ikke å være normal. For de brystkreftopererte var følelsen av å være unormal større enn de med annen behandling. Fysisk aktivitet bidro til å normalisere hverdagen.

Whitehead og Lavelle (2009), Emslie et al. (2007) og Bulmer et al. (2012) belyste i sine studier at fysisk aktivitet bidro til en struktur på hverdagen og at det var ett viktig bidrag til å føle seg normal igjen. Kroppen ble bygd opp og kom i form.

Kvinnene opplevde at fysisk aktivitet gjorde det lettere å komme seg ut av huset i en sårbar tid, hvor livet var tomt og behandlingen påvirket kroppens funksjonsnivå, både psykisk og fysisk. Flere sa at det ”kjekke med å være syk” var at man to dager i uken kom seg hjemmefra, for å delta på noe som var positivt i motsetning til behandlingen som var en påkjenning. Fysisk aktivitet var en velkommen distraksjon. Strukturen ga kvinnene en følelse av å kontrollere situasjonen. Det å skulle være fysisk aktiv gjorde at man ikke hadde annet valg, enn å komme seg opp om morgenen og ut av huset. Turene til treningssenteret distraherete de fra å være selvmedlidende og til å se mer positivt på situasjonen.

4.1.3 Sosial støtte og felleskap med andre i samme situasjon bidro til mestring

Flere studier (Galantino, Green, Archetto, Baumgartner, Hassall, Murphy, Umstetter and Desai 2012, Bulmer et al. 2012 og Emslie et al. 2007) belyste at mange av kvinnene savnet ett felleskap med andre i samme situasjon. Noen kvinner fant det vanskelig å vende tilbake til vanlige treningsgrupper. Mange opplevde det negativt. Noen opplevde å få råd om å ikke trene under behandling, mens andre opplevde å bli sett ned på fordi de ikke greide å holde samme intensiteten som de friske. De følte at de ble vurdert til å være late, siden de ikke trente så hardt som de andre.

Studiene til Galantino et al. (2012), Milne et al. (2007), Whitehead og Lavelle (2009), Emslie et al. (2007) og Bulmer et al. (2012) belyste at å trene sammen med kvinner med samme diagnose ga en positiv opplevelse. De opplevde å bli møtt med en større forståelse, noe som bidro til at de kunne være seg selv tross hårtap og tap av bryst. I tillegg slapp de å stå til rette for manglende krefter. Flere kvinner beskrev at de tok av parykken på en varm sommerdag og at det derfor ble mer komfortabelt å trene. Dette hadde ifølge kvinnene ikke vært mulig i en vanlig treningsgruppe.

Treningsøktene gjorde også at de kunne ha en vanlig samtale og dele de erfaringer som eventuelt dukket opp. Det kunne være alt fra humoristiske erfaringer om kreftbehandlingen til praktisk erfaringer rundt hårtap, manikyr og hodeplagg. Noen kvinner hadde behov for å diskutere sykdommen med andre som var i samme situasjon, mens andre sa at kreft var det siste de ønsket å snakke om.

En treningsgruppe ble vurdert som mer optimal enn vanlige støttegrupper, hvor primært terapien var å snakke om sykdommen og det å ha ett fokus på følelser og negativitet. I en treningsgruppe ble stemningen ofte oppstemt og full av humør og livsglede. Dette ga kvinnene anledning til å glemme sykdommen for en stund.

Vennskap og foreninger ble på grunnlag av treningsgrupper opprettet, noe som kvinnene kunne ha glede av i lang tid i etterkant.

To av studiene (Emslie et al. 2007 og Galantino et al. 2012) viste at gruppetrening reduserte kjønnsrelaterte barrierer til fysisk aktivitet. Disse barrierene kunne være den tradisjonelle kjønnsrollen hvor kvinner var omsorgsperson og ikke kunne prioritere trening

framfor den rollen. Det å tilhøre en gruppe gjorde det lettere å prioritere trening og motivere seg. Familien kunne altså være ett hinder for å være fysisk aktiv, da familien mente de heller burde hvile og prioritere familien.

4.1.4 Personlig trener, en viktig støttespiller for økt mestring

I flere studier (Bulmer et al. 2012, Galantino et al. 2012 og Milne et al. 2007, Whitehead og Lavelle 2009) var det å jobbe med en personlig trener viktig for å kunne mestre kreftbehandlingen. Det at det var designet ett unikt program for den enkeltes spesielle situasjon og diagnose, bidro til at kvinnene fikk økt selvfølelse og selvsikkerhet. Den individuelle oppfølgingen gjorde at sykdommen ble lettere å mestre, og den fysiske fremgangen større. Kvinnene så på sin personlige trener som en venn og en det var greit å ha avtaler med. Treneren var en trygghet, pådriver og en kilde til sosial støtte. Treneren ble ofte benyttet som en samtalepartner om det var noe de ønsket å prate om. Forholdet til treneren ble sett på som forfriskende, motiverende og behagelig i en periode av livet som var sårbart. Resultat viser også at ett forhold til en trener førte til en større forpliktelse, motivasjon og evne til å gjennomføre øktene.

4.1.5 Behov for tilrettelagt informasjon

Studiene til Ingram, Wessel og Courneya (2010), Larsson et al. (2007), Milne et al. (2007), Emslie et al. (2007) belyste at brystkreftopererte kvinner hadde behov for informasjon. Mange fikk informasjon og instruksjoner om trening og fysisk aktivitet etter ett sykehusopphold. Siden det i en sykdomsfase kan være vanskelig å oppfatte informasjonen og instruksene som blir gitt, følte derfor mange seg skyldige i at de ikke greide å følge opp. Mange hevdet også at de følte mangel på kontroll og ønsket derfor videre oppfølging. Tilrettelegging og informasjon gitt av eksperter var til stor hjelp for å kunne utvikle gode strategier som gjorde det lettere å mestre ett treningsprogram. Resultat viste at informasjonen måtte være tilrettelagt og individualisert. Informasjonen måtte være motiverende og komme til rett tid.

Noen av studiene (Manuel, Burwell, Crawford, Lawrence, Farmer, Hege, Philips and Avis 2007 og Whitehead og Lavelle 2009) belyste behov for alderstilpasset informasjon. Eldre så ut til å ha behov for informasjon om hvordan de kunne trene, hvor mye de kunne trene

og de ønsket seg skreddersydde opplegg. De eldre kvinnene var ofte mer stive i kroppen og redde for å overanstrenge seg. Skriftlig informasjon rett etter behandling ble foretrukket, men den var ofte for kort og gitt på feil tidspunkt. De følte seg mer mottakelig for informasjonen i oppfølgingsfasen. Yngre kvinner hadde behov for informasjon om fysisk aktivitet, som mestringsstrategi for å mestre angst, depresjon og sinne. Kvinnene fryktet en økning i lymfeødem ved fysisk aktivitet. Frykten kom som oftest av for lite og feil informasjon fra helsepersonell om dette.

4.1.6 Kreftbehandling, også en psykisk påkjenning

Flere studier (Whitehead og Lavelle 2009, Bulmer et al. 2012, Manuel et al. 2007 og Galantino et al. 2012) belyste at mange kvinner opplevde å bli deprimerte under og etter kreftbehandling, og dette reduserte deres fysiske aktivitetsnivå. Reaksjoner som angst, stress, ensomhet og angst ble fremtredende. Tanker om døden og det å kanskje måtte forlate sine nærmeste var tungt å bære. Mange opplevde at en introduksjon av ett treningsprogram i denne sårbare perioden opplevdes som ett kjærkomment tiltak. Det ble beskrevet som en livline, som antidepressiv og angstdempende.

I definitely felt once the treatments were completed kind of at a low. But thank god I had this program because I think it really kept me up and kept me in a good place..... I probably would have sunk into a depression or maybe felt physically more ill (Bulmer et al. 2012, 778).

I studiene til Basen-Engquist, Hughes, Perkins, Shinn and Taylor (2008), Manuel et al. (2007), Bulmer et al. (2012), Whitehead og Lavelle (2009), Galantino et al. (2012) og Fillion, Gagnon, Leblond, Gelinas, Savard, Dupuis, Duval and Larochelle (2008) ble det påvist en sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk funksjonsnivå. Det kom frem at fysisk aktivitet reduserte angst, depresjon og sinne hos brystkreftopererte kvinner. Yngre kvinner oppga fysisk aktivitet som en av de beste mestringsstrategiene for å redusere angst og depresjon.

I studiene (Emslie et al. 2007 og Fillion et al. 2008) ble det rapportert om en signifikant reduksjon av angst og depresjon hos deltakerne som var fysisk aktive. Psykoedukasjon, som er undervisning om psykiske vansker eller lidelser, ble innlemmet som en veldig positiv tilnærming i tillegg til fysisk aktivitet.

Studiene til Emslie et al. (2007), Bulmer et al. (2012), Larsson et al. (2008) og Whitehead og Lavelle (2009) sa at selvfølelse, velvære og livskvalitet også settes på prøve ved en kreftdiagnose. Fysisk aktivitet bidro til at kvinnene fikk økt selvfølelse, følte seg mer attraktiv og fikk økt livskvalitet. Ifølge Whitehead og Lavelle (2009) og Emslie et al. (2007) hadde den økte selvfølelsen direkte sammenheng med reduksjon av kroppsvekt som følge av økt aktivitet. Vektreduksjon var en viktig motivator for å være fysisk aktiv.

4.2 Fysisk funksjonsnivå

4.2.1 På lag med kroppen og mer energi til livet

Flere studier (Whitehead og Lavelle 2009, Fillion et al. 2008, Emslie et al. 2007, Basen Engquist et al. 2008, Bulmer et al. 2012 og Ingram, Wessel og Courneya 2010 og Varre, Slettebø og Ruland 2011) viste at kvinnene fikk et høyere energinivå av fysisk aktivitet. Dette førte til økt mestring av hverdagslige gjøremål. Bakgrunnen for det økte energinivået, var at fysisk aktivitet bidro til bedre styrke, bevegelighet, bedre humør, søvnmønster og mestring i å takle behandlingen.

Studiene til Alfano, Smith, Irwin, Bowen, Sorensen, Reeve, Meeske, Bernstein, Baumgartner and Ballard-Barbash (2007), Galantino et al. (2012), Bulmer et al. (2012), Emslie et al. (2007), Basen-Engquist et al. (2007) og Huang, Zhang, Kang, Song and Zhao (2010) belyste at fysisk aktivitet førte til raskere restitusjon. I tillegg viste det seg at fysisk aktivitet med høyere frekvens og moderat intensitet reduserte kvinnenes smerter i armene og smertene ble mindre fremtredende ved trening.

Fysisk aktivitet ga økt styrke og økt bevegelse viser flere studier (Bulmer et al. 2012, Fillion et al. 2008, Alfano et al. 2007, Emslie et al. 2007, Ingram, Wessel og Courneya 2010 og Manuel et al. 2007) Det å kunne bygge opp kroppen var en måte å komme seg tilbake til det ”normale” livet. Dette var noe som gjorde at de følte seg mer vel og at det å få økt styrke og bevegelse gjorde at de mestret hverdagslige gjøremål. Det å være fysisk aktiv ble assosiert med å fungere bedre, større livskvalitet og mestring. Kvinner med brystkreft ser fordelene med fysisk aktivitet ved en økning i deres funksjonalitet.

4.2.2 Reduksjon av fatigue

Flere studier (Whitehead og Lavelle 2009, Milne et al. 2007, Ingram, Wessel og Courneya 2010, Huang et al. 2010 og Alfano et al. 2007)belyste at mange kvinner med brystkreft opplevde fatigue. Regelmessig fysisk aktivitet tydet på en bedring av fatigue, men var samtidig en av de største grunnene for ikke å være fysisk aktiv for mange av deltagerne. Kvinnen sa at fatigue var den største bivirkningen og at det er ofte den sen effekten som hadde betydning for hvor mye man greide å trene og gjøre dagligdagse gjøremål. Resultat viste en sammenheng mellom økt intensitet nivå på aktivitet og at det ga en større reduksjon av fatigue. Det vil si at man måtte opp på et nivå mellom moderat til høy intensitet innenfor den fysiske aktiviteten.

5.0 Diskusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om fysisk aktivitet påvirker kvinner med brystkreft, deres hverdag, under og etter behandling og om det bidrar til økt mestring.

5.1 Metodediskusjon

Temaet forfatterne valgte og skriv om i litteraturstudien hadde vært klart i god tid før prosessen startet. Som instruktører har forfatterne kompetanse innen fysisk aktivitet, og gjennom praksis ved en kreftavdeling, noe erfaring innen kreftsykepleie. Det at vi brenner for temaet fysisk aktivitet mener forfatterne kan være en styrke for studiet da kunnskapen vil ha stor nytteeffektiv for videre arbeid.

Det hadde vært en fordel med større klinisk praksis med pasienter med kreft, men erfaring fra både intensivavdeling og akuttmottak har gitt ett godt innblikk i pasienter i krisesituasjon.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons -og eksklusjonskriterier ble forsøkt fulgt etter beste evne. Studiene måtte inkludere kvinner med brystkreft under og etter behandlingen av sykdommen. Forfatterne inkluderte kvinner i alle aldre og fra ulike kulturer. Kun to av studiene var nordisk, resten fra USA, United Kingdom, Canada, Kina og Australia. Forfatterne diskuterte om dette kunne påvirke resultatene i noen grad med tanke på ulike opplevelser av fysisk aktivitet og mestring. Fysisk aktivitet ble definert som «enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i energibruk» (Lerdal og Celius 2011, 163) og derfor ansett som en overførbar definisjon til også å gjelde de inkluderte landene. Det å være fysisk aktiv defineres altså nødvendigvis ikke det å trene ved moderat eller høy intensitet, men å jobbe i hagen, ta en spasertur, gå i butikken og så videre. Begrepet mestring handler om å takle utfordringer både av det praktiske og emosjonelle slaget i følge Fjerstad (2010). Forfatterne er usikre på om dette begrepet kan overføres på lik linje med fysisk aktivitet. Det å mestre er i større grad kulturelt betinget og kan variere fra kvinne til kvinne, alt etter tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner. Likeså mestringsstrategier. Dette kan være en svakhet da ulike resultat blir tolket feil.

Fem av inkluderte artikler var fra 2007 som er innenfor rammen på fem år. Dette ble klarert med Høgskolen i Molde, under en forelesning. Informasjonen sa at årstallet søket startet i, som i dette tilfellet var 2012 var gjeldende. Forfatterne hadde et håp om å finne nyere forskning på området. Dette påpeker det er behov for flere studier i feltet. Bedre kompetanse innen datasøk og bruk av søkeord kunne gitt flere treff på nyere forskning.

Pasientperspektiv ble valgt som perspektiv i litteraturstudien, dette for å få kvinnenes subjektive erfaringer og opplevelser best beskrevet. For å øke sykepleiers kunnskap om temaet, kan det være det en fordel å ha innsikt i hva pasientene selv tenker og opplever som viktige for dem. Sykepleier og pårørendeperspektiv ble ekskludert på grunnlag av problemstilling ordlyd.

Eksklusjonskriteriene i studien sa at artikler som var vanskelig å analysere skulle ekskluderes. På tross av dette ble to artikler med kvantitativt design inkludert. Dette var ett valg som ble tatt for å få målbar effekt av fysisk aktivitet. En bedre forståelse av å tolke data fra kvantitative studier kunne gitt flere resultat.

For å oppnå en større sammenheng og helhet i resultatene ble i tillegg to tverrsnitt studier som viste forekomst og sammenheng mellom fysisk aktivitet og mestring inkludert. To RCT-studier som ga resultat på effekten av ulike tiltak, ble også inkludert. Dette gjør at litteraturstudien har flere aspekt og ett bredere datagrunnlag.

5.1.2 Datainnsamling

For å få en god start på søkeprosessen kontaktet forfatterne bibliotekar, ved Høgskolen i Molde for veiledning. Dette var vel investert tid og oppstarten av søk ble derfor god. En svakhet i starten på våre søk var lagring av søkehistorikk. Der kunne det vært jobbet langt mer systematisk. Forfatterne baserte seg på elektronisk lagring i en konto på selve søkemotoren, noe som viste seg å være vanskelig å spore i etterkant. Når det i etterkant skulle søkes på egenhånd var kunnskapen innen feltet fortsatt noe manglende. Dette kan ha påvirket antall aktuelle artikler.

Søkeordene som ble valgt brukt i PIO-skjemaet, ga mange relevante treff. Skjemaet ble ett godt hjelpemiddel og datamaterialet som forelå etter søkeprosess, ga ett bredt datagrunnlag og traff vår hensikt og problemstilling. Ved bruk av flere synonymord tenkes det at antall treff kunne gjort for stort og uoversiktlig i den videre prosessen.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

For å kartlegge nivået på tidsskrifter artiklene var publisert i, ble tidsskriftene søkt opp i NSD. Noen av artiklene hadde ISDN-nummer, og dette gjorde det lettere å vurdere nivå og fagfellevurdering.

Sjekklistene fra Kunnskapsenteret (2011) ble brukt for å kvalitetsvurdere artiklene i forhold til deres forskningsmetode. På grunn av begrensninger i kompetanse er forfatterne ydmyke nok til å se at artiklene kan ha blitt vurdert til feil kvalitets grad.

Flesteparten av inkluderte artikler har intervju med åpne spørsmål som design. Dette bidrar til at pasientens perspektiv løftes frem.

Flere av artiklene inkluderer ett fåtall deltakere, noe som kan bidra til å påvirke resultatene og kan være en svakhet i oppgaven.

De fleste artiklene er etisk godkjent fra en etisk komité, med avvik på tre artikler. Forskerne av to av disse artiklene er støttet av nasjonale kreftforeninger, noe som forfatterne anså som en mulighet for at de var etisk godkjent. Dette kan imidlertid påvirke gyldigheten av det etiske aspektet ser vi i etterkant. To av de tre var fagfellevurdert, og dette ble vurdert av forfatterne som godkjent. Forfatterne kunne kontaktet forskerne og undersøkt dette nærmere, noe som ikke ble gjort. Det ser forfatterne på i etterkant burde vært prioritert. Høgskolen i Molde opprettholder kravet for oppbevaring av litteraturstudien i ti år.

5.1.4 Dataanalyse

Analysen av vårt datamateriale var inspirert av Evans (2002) tematiske modell. Den inneholder fire steg, som gjorde analysen strukturert og oversiktlig. Forfatterne ser på dette som styrke i studien.

Med problemstilling i tankene underveis i denne prosessen, ble det utfordrende å ha øyne for motstridende resultat. Som forsker ønsker man kanskje å få resultat med positivt utfall. Forfatterne var bevisst dette og tilstrebet å åpne opp for begge utfall, både negativt og positivt. Allikevel kan dette ha påvirket utvalgte resultat. Begge forfattere har lest gjentatte ganger gjennom artiklene, for at ingen nøkkelresultat ble utelatt.

Nummerering av artikler og fargekoding av resultat gjorde materialet enklere å tematisere. Først valgte vi tre tema: psykisk- og fysisk funksjonsnivå og sosiale behov. Etter nærmere gjennomlesing så vi at tema under psykisk og sosiale behov fløt inn i hverandre og ble vanskelig å skille. Derfor satte vi disse inn i ett tema: psykososialt funksjonsnivå og endte opp med to hovedtema.

Resultatene ble fargekodet, og satt inn under tema forfatterne mente de naturlig hørte inn under. Da noen av resultatene kan ha blitt feilplassert kan det ha ført til feil tolkning.

Videre i prosessen skulle resultatene syntetiseres i en tekst. Forfatterne opplevde dette som den mest utfordrende prosessen, for å unngå presentere enkeltstudier og best bevare nøkkelresultatenes betydning. Inndeling i kapitler og abstrahere overskrifter ble en kreativ distraksjon og utfordret til en annen måte å tenke på. Resultatet er forfatterne stolte av.

5.2 Resultatdiskusjon

Forfatterne drøfter her resultater opp mot aktuell teori og forskning på området. Relevans for praksis og konsekvenser for sykepleiens yrkesfunksjon i praksis løftes frem.

5.3 Psykososialt funksjonsnivå

5.3.1 Aktivt deltakende i eget liv

Vår litteraturstudie viser at mange kvinner opplever det å få være aktivt deltakende i eget liv under en kreftsykdom, er av avgjørende betydning. Kvinnene i studien er under behandling eller rehabiliteringsfasen og befinner seg i bearbeidingsfasen, der en begynner å bli mer fremtidsorientert igjen. Kvinnene har så smått begynt å forsones seg med sin situasjon, arbeider konstruktiv og tar i større grad bruk egne mestringsressurser.

Ifølge Reitan (2004) fordrer det aktiv innsats både på det intellektuelle, følelsesmessige og handlingsmessige planet å få en kreftdiagnose og gjennomleve den krisen det er. Men sykdommen gir også mulighet for å finne en ny vei og en ny måte å leve livet sitt på.

Det å forsones seg med en ny hverdag og akseptere situasjonen, er en lang prosess. Å akseptere tilværelsen er ikke det samme som å like den, men avfinne seg med at sånn er livet akkurat nå.

Fysisk aktivitet kan bidra til dette i stor grad viser resultat i vår studie, i den grad at å være fysisk aktiv er en aktiv måte å møte situasjonen på. En sitter ikke passivt å venter på neste steg eller behandling. Studien til Bulmer et al.(2012) belyser at kvinnene opplevde at fysisk aktivitet spilte en stor rolle for mestring og var ett steg videre på veien til ett friskere liv. Studien sier videre, at kvinnene følte stolthet over å kunne gjøre noe de anså som bra for sin egen helse.

Fysisk aktivitet kan være en god måte å se situasjonen i øynene på og det kan føles meningsfullt å være deltakende i sykdomsprosessen. Dette er i tråd med Antonskys teori om å finne en sammenheng i hvordan vi tenker, handler og har tro på at det vi gjør er godt for helsen vår. Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) er helsefremming å mobilisere enkeltindividets ressurser og på den måten legge til rette for en mer aktiv pasientrolle.

Resultat i studiene til Whitehead og Lavelle (2009), Varre, Slettebø og Ruland (2011), Larsson et al. (2008), Milne et al. (2007), Emslie et al.(2007) og Bulmer et al. (2012) støtter dette når kvinnene sier de føler mer kontroll og normalitet når de selv kan delta og innta en aktiv rolle, i motsetning til kun å være en pasient som mottar behandling.

For vår praksis som sykepleiere utfordrer dette vår tankegang til å inkludere fysisk aktivitet som en intervensjon for å skape økt mestring hos kvinnene. En må være bevisst på å sette kvinnen i en posisjon hvor hun tar i bruk egne ressurser og opplever at hun har medvirkning i pasientrollen. Som sykepleiere har vi god kunnskap om behandling, symptomer og bivirkninger, mens pasienten er den som har kunnskap om seg selv. Det er derfor viktig å være åpen og tilrettelegge tiltak, slik at man kan samarbeide for å øke pasientens mestring. Kommunikasjon er viktig, still åpne og undrende spørsmål og vær åpen for at kvinnen er utrygg og kan være redd for å forverre helsetilstanden.

5.3.2 Mer frisk enn syk

Larsson et al. (2008) peker på to ulike strategier kvinnene kan mestre sykdom på, fra å være syk til å føle god helse. Om kvinnene mestret sykdommen ved å dvele ved den og tilpasse måten å leve på etter sykdommen, kunne det føre til redusert aktivitet. Motsatt viste det seg at de som anså seg ved god helse og hadde motsatt fokus, tok større ansvar for sin egen helse. Antonovsky (2000), hevder det er sentralt å ha ett salutogent fokus og være bevisst på fokuset man har på sin situasjon. Han fremhever at opplevelsen av sammenheng er sentralt for å forstå og mobilisere krefter til å håndtere utfordringene man står ovenfor. Noen kan selv med en alvorlig sykdom ha en subjektiv opplevelse av at man har god helse.

Å mestre en sykdom kan handle om å finne en måte å forsones seg med situasjonen på, finne igjen meningen med livet, samt beherske, tolerere og redusere belastninger på.

Å være fysisk aktiv kan være en problemorientert mestringsstrategi, det vil si at en gjør noe med selve situasjonen og prøver å løse den. Dette støttes av studien til Knobf, Musanti og Dorward (2007). Ifølge Reitan (2004) er det to måter å reagere på, enten å se situasjonen i øynene og mobilisere indre og ytre ressurser for å møte den eller bruke forskjellige forsvarsmekanismer for å skyve ubehaget unna.

Fysisk aktivitet ble ifølge vår litteraturstudie en velkommen distraksjon fra hverdagslivet og en pause fra sykdommen (Whitehead og Lavelle 2009, Emslie et al. 2007 og Bulmer et al. 2012). Aktiviteten ga en struktur på hverdagen som gjorde det lettere å komme ut av huset og de følte seg mindre selvmedlidende. De var fortsatt syke, men hverdagen og situasjonen ble lettere å bære (Whitehead og Lavelle 2009, Emslie et al. 2007 og Bulmer et al. 2012).

Å være fysisk aktiv og delta i en treningsgruppe kan være en emosjonsfokusert mestringsstrategi, hvor en tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen fremfor selve situasjonen, som i dette tilfellet er alvorlig sykdom. Benekting og distansering er mestringsstrategier som innebærer å skyve bort ubehagelige tanker og følelser, for å dempe det følelsesmessige ubehaget. Disse kan ofte være hensiktsmessige for å få en pause fra bekymringene og er mekanismer som kan brukes bevisst og målrettet for å mestre hverdagen bedre. Pasienter med alvorlig sykdom som kreft har særlig nytte av dette. De tar stadig innover seg smerte og bekymringer. Noe som er med å dominere hverdagen.

Unngåelse innebærer å ha fokus på noe annet på bekostning av ubehaget (Eide og Eide 2007). I en oversiktartikkel av Knobf, Musanti og Dorward (2007) og Sander, Wilson, Izzo, Mountford og Hayes (2012) belyser at fysisk aktivitet kan være en god mestringsstrategi i så måte.

For vår praksis som sykepleiere vil dette innebære å tilrettelegge for fysisk aktivitet gjennom grupper, foreninger og individuell oppfølging. Dette kan innebære å gjøre pasienten kjent med pasientforeninger, selvhjelpsgrupper og treningsgrupper (Reitan 2004). Fysisk aktivitet er ett viktig tiltak.

Fysisk aktivitet i treningsgrupper beskrives som «Empowered» i studiene til Bulmer et al. (2012) og Emslie et al. (2007). Kvinnene følte seg i posisjon for aktivt gjøre noe for sin egen helse. Muraca, Leung, Clark, Beduz og Goodwin (2011) støtter dette og hevder at kvinner som deltar i grupper med andre i samme situasjon, med individualisert treningsprogram i større grad mestrer sykdommen.

Gammersvik og Larsen (2012) hevder at medvirkning er en anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv som person og er ett av de viktigste sentrale prinsippene i Empowerment-tenkningen. Maktfordelinger er ett annet viktig prinsipp. Begge har stor

betydning for sykepleieres funksjon og samhandling med pasienten. De sier videre at det er lett å forveksle medvirkning med selvbestemmelse. Det er viktig å være bevisst at i denne sammenhengen er det to eksperter involvert i interaksjonen: sykepleieren som ekspert på det faglige, mens pasienten er ekspert på seg selv og sitt liv. Ett godt samarbeid er viktig og anerkjennelse av pasienten (Gammersvik og Larsen 2012).

Sykepleiere bør legge til rette og motivere kvinner til å delta i treningsgrupper i nærmiljøet. Informasjon til pårørende og familie kan hjelpe de til å støtte og motivere kvinnene til å gjenvinne helsen gjennom fysisk aktivitet.

5.3.3 Fellesskap og sosialt støtte er viktig for mestring

Flere studier (Galantino et al. 2012, Bulmer et al. 2012, Emslie et al. 2007, Milne et al. 2007 og Whitehead og Lavelle 2009) viser at treningsgrupper for kvinner i samme situasjon er en god intervensjon for å mestre sykdommen. Kvinnene satte pris på fellesskapet, følelsen av å være i samme båt og den gjensidige forståelsen av sykdommen. Studiene hevder at en treningsgruppe kan være en pådriver og motivør for ta i bruk egne ressurser. Antonovsky (2005) påpeker behovet for sosial støtte som en mestringsstrategi og sosial støtte som helsefremmende ressurs og at det står sentralt når sykdom inntreffer.

Studien til Knobf, Musanti og Dorward (2007) støtter at fysisk aktivitet og sosial støtte hjelper til med å gjenoppbygge den sosiale rollen og nettverket. Dette påvirker kvinnens livskvalitet, som igjen fører til økt mestring og som kan overføres til andre livssituasjoner og bidra til redusere angst og depresjon. Bernardo, Abt, Ren og Bender (2010) sier at kvinnene foretrakk å trene i grupper sammensatt av andre kvinner i samme situasjon, dette gjorde det lettere å akseptere og treningen ble mer forpliktende. Sosial støtte i kombinasjon med aktiv deltakelse i det helsefremmende arbeidet vedrørende sin egen helse, gir mestringsfølelse (Heggdal 2003). Dette viser til at sosial støtte står sentralt i det å mestre når alvorlig sykdom inntreffer. Ved sosial støtte kan pasienten føle seg inkludert, selv når han føler seg isolert av sykdommen. Å delta i sosiale aktiviteter kan demme opp for tilbaketrekking og isolasjon (Reitan 2004).

Flere studier (Whitehead og Lavelle 2009, Emslie et al. 2007, Larrson et al. 2008, Milne et al. 2007) viser til familien som en barriere. Familien mente kvinnene heller burde hvile enn å være aktive. Studien til Sander et al.(2012) støtter dette og belyser at for mye støtte fra familien kan være en barriere for å være fysisk aktive og familien lar sykdommen få for stor plass i livet og tar for mye hensyn. Kvinnene fikk ikke anledning til å gjøre vanlig husarbeid, men ble tvunget til å hvile mer enn nødvendig. Dette støtter opp om resultatet om at familien kan bli en tilleggsbelastning og at treningsgrupper og helsepersonell kan erstatte rollen som sosial støtte. Ett godt sykepleietiltak kan være å få pårørende og familie til å støtte og motivere kvinnen til å gjenvinne helsen ved å være fysisk aktiv.

Sykepleiere vet at kreftbehandling i seg selv kan være en stor belastning på kroppen. Dette kan svekke den fysiske funksjonsevnen og immunforsvaret under og etter behandling. For å kunne bygge kroppen opp igjen etter en slik behandling, er støtte og hjelp til å gjenvinne helsen viktige sykepleieoppgaver.

Whitehead og Lavelle (2009), Bulmer et al. (2012), Emslie et al. (2007) og Larsson et al. (2008) hevder at kvinnene opplevde at selvfølelsen ble satt på prøve under sykdommen og at de strevde med tap av roller og identitet.

Det er lettere å føle verdi om en føler at man kan bidra med noe. Selvfølelsen kan få seg en knekk ved alvorlig sykdom, da man kan miste sin identitet og rollefunksjon både som mor, familiemedlem og i det sosiale livet. Fjerstad (2009) hevder at mange knytter sin selvfølelse opp mot sine roller og funksjoner, som mor og bestemor, arbeidstaker og lignende. Når det fysiske funksjonsnivået reduseres, føler en seg verken dyktig eller til nytte for noen.

Vi som sykepleiere må være oppmerksomme på kvinnen i ett helhetsperspektiv og ikke bare se på henne som en pasient. Anerkjennelse av henne som mor, familiemedlem, arbeidstaker blant annet. Dette kan vi gjøre ved å tilrettelegge for fysisk aktivitet og la kvinnene få være seg selv og bygge opp kroppen til å mestre utfordringene i hverdagslivet. En økning i selvfølelse kom ofte på bakgrunn av at de følte seg mer attraktive og fikk en tilleggs bonus som redusert kroppsvekt (Whitehead og Lavelle 2009 og Emslie et al. 2007).

5.3.4 God og tilrettelagt informasjon gir økt mestring

Vår litteraturstudie belyser at støtte og informasjon fra sykepleier og personlig trener er av avgjørende betydning for mestring. Bulmer et al. (2012), Galantino et al. (2012), Milne et al. (2007) og Whitehead og Lavelle (2009) fremhever viktigheten av dette. Flere resultat fra vår studie påpeker viktigheten av en god og trygg relasjon til helsepersonell eller personlig trener. Drar vi en relasjon til idrettsmiljøet så har toppidrettsutøvere oftest ett team bak seg som tilrettelegger, pusher på og gir sosial støtte. Vi mener også kvinner med brystkreft trenger en slik heilagjeng bak seg. Den kan enten bestå av familie eller helsepersonell.

Ifølge Eide og Eide (2007) kan hjelperen, det vil si enten den personlige treneren eller sykepleier skape trygghet og forutsigbarhet for å gi pasienten håp om at en på sikt klarer å mestre situasjonen. Alfred Bandura (2005) teori om mestringsforventning i Gammersvik og Larsen (2012), støtter dette og sier at støttespillere som har tro på personens mulighet for mestring og som kan motivere er viktige. I praksis bør vi som sykepleiere vise at vi har tro på pasienten ved å støtte og motivere til fysisk aktivitet.

Økt mestring kan vi som sykepleier gi gjennom god og tilrettelagt informasjon. Flere studier (Ingram, Wessel og Courneya 2010, Milne et al. 2007 og Emslie et al. 2007) belyser at mange fikk informasjon og instruksjoner om fysisk aktivitet, men på ett tidspunkt hvor de ikke var mottakelige for informasjon. Dette bekrefter viktigheten av å tilrettelegge informasjonen og tilrettelegge den for hver enkelt.

En studie gjort av Carmichael et al. (2010) gjort i United Kingdom (UK) viser til at kun 43 % av helsepersonell ga pasienter råd om fysisk aktivitet under kreftsykdom og færre enn 50 % av fulgte de nasjonale retningslinjene. Siden denne studien ble foretatt i UK tenker vi den kan overføres til Norge, og det viser til at vi som helsepersonell har en jobb å gjøre for å bli bedre på å anbefale og oppfordre til fysisk aktivitet. Ifølge Helsedirektoratet (2012) svarte 64 % norske kreftpasienter i en undersøkelse at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om rehabilitering.

Helsedirektoratet (2012) har kartlagt rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter i fem utvalgte kommuner i Norge. Kartleggingen viser at kommunene mangler egne planer for rehabilitering for kreftpasienter og at tilbudet er lite målrettet ute i kommunene.

Det er viktig å ha mål for rehabiliteringsprosessen til personer som har eller har hatt kreft, for å bedre livskvaliteten. Dette gjøres ved at det tilrettelegges for mestring og at man skal fremme uavhengighet, uavhengig av forventet levetid (Helsedirektoratet 2012).

Fra vår kliniske erfaring opplever vi det som positivt at skriftlig informasjon om eventuelle rehabiliteringstilbud og fysisk aktivitet gis til pasienten og pårørende.

«Informasjon kan bidra til å forebygge misforståelser og korrigere feilaktige forestillinger, og dermed redusere unødige bekymringer» (Eide og Eide 2007, 188).

Vi som sykepleiere må vurdere hvilken mengde og hva slags informasjon kvinnen ønsker og trenger. For mye informasjon på en gang kan lett passere i en stresset situasjon. En må passe seg for ikke å overinformere, men gå trinnvis frem.

I forhold til fysisk aktivitet kan informasjonen rettes mot hvilke fordeler forskning sier fysisk aktivitet kan ha hos brystkreftpasienter, hvilke rehabiliteringstilbud som finnes, trygge pasienten på at kroppen tåler aktiviteten og at sykdommen ikke forverres av det.

Ifølge Heggdal (2003) er det viktig å oppmuntre kvinnen gjennom veiledning og informasjon for å skape større forståelse for sykdommen og dens symptomer. Dette kan gjøre kvinnen i stand til å mestre sykdommen bedre.

5.3.5 Fysisk aktivitet skaper mening og gir økt mestring av hverdagen

Å få en kreftdiagnose setter vår psykiske tilstand på prøve. Mange opplever å bli deprimerte, utvikle angst og føle en form for ensomhet (Whitehead og Lavelle 2009, Bulmer et al. 2012, Manuel et al. 2007, Galantino et al. 2012). Vår studie viser at fysisk aktivitet kan redusere angst og depresjon. Studien til Knobf, Musanti og Dorward (2007) som har undersøkt sammenhengen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet hos kreftpasienter støtter vårt resultat. Studien sier fysisk aktivitet reduserer angst og depresjon.

Studien til Manuel et al. (2007) sier yngre kvinner opplever fysisk aktivitet som en av de beste mestringsstrategiene for å redusere angst og depresjon. Det å holde seg aktiv og travel gjorde det lettere å distansere seg fra sykdommen, de tar da i bruk en emosjonfokusert mestringsstrategi som gir økt mestring.

Vår studie viste at fysisk aktivitet kombinert med psykoedukasjon bidro til økt mestring av sykdommen. Vi vurderer derfor at rehabiliteringstilbud hvor flere i samme situasjon kan delta i fysisk aktivitet og samtidig få undervisning om det psykiske aspektet og kan være ett godt tiltak. Dette støttes av Muraca et al.(2011) som har kombinert fysisk aktivitet med kognitiv terapi og sett at dette hadde en god effekt.

Ifølge Thune (2008) er mulige fordeler med regelmessig fysisk aktivitet for pasienter med brystkreft at selvfølelsen bedres, angst, tretthet og depresjon reduseres og sjansen for å opprettholde ett sosialt nettverk økes. Fysisk aktivitet kan bedre livskvaliteten og muligheten for å klare seg selv og redusere avhengigheten av andre.

5.4 Fysiske funksjonsnivå

5.4.1 En ny hverdag med sterkere fysisk kropp

Vår litteraturstudie viser at ved å være fysisk aktiv opplever pasientene økt selvfølelse, livskvalitet og velvære. Dette kan skyldes de fysiske fordelene en oppnår som økt energinivå, raskere restitusjon, reduksjon av smerte, økt styrke og bevegelighet og ikke minst redusert fatigue. Dette gjør de istand til igjen å fylle sine roller og sykdommen blir lettere å mestre.

Ifølge Thune (2008) belyses det at fysisk aktivitet under behandling og ved rehabilitering av kreftsykdommer kan være av betydning. Den fysiske aktiviteten viser seg å forbedre både livskvalitet og fysisk funksjon. Daglige aktiviteter som involverer store muskelgrupper, eksempelvis gange, sykling og skiturer tilpasses til den enkelte pasient med en varighet på minst 15–60 minutter.

En studie av Carmichael, Daley, Rea og Bowden (2010) belyser at aktivitetsnivået til brystkreftpasienter reduseres betraktelig etter diagnosetidspunktet. Nivået synker med 11 % og bare 32 % deltok i det anbefalte nivået av fysisk aktivitet. De hevder at tilrettelegging av ulike typer fysisk aktivitet, som instruert trening en til en eller gruppetrening, har vist seg å være effektive intervensjoner for å øke den fysiske aktiviteten.

Litteraturstudien vår viser at regelmessig fysisk aktivitet reduserer fatigue (Whitehead og Lavelle 2009, Milne et al. 2007, Ingram, Wessel og Courneya 2010, Huang et al. 2010 og Alfano et al. 2007). Fatigue påvirker hverdagen til den kreftsyke i den grad at trettheten vanskeliggjør hverdagslige gjøremål. Mangel på energi og nedsatt konsentrasjon bidrar også til dette (Kiserud 2012). Utifra resultatene og begrunnelse fra teori ser vi at opplevelsen av mestring kan økes med fysisk aktivitet.

Frykt for en økning i lymfeødem kan være en barriere for å være fysisk aktiv, sier studien til Whitehead og Lavelle (2009), Emslie et al. (2007), Larrison et al. (2008) og Milne et al. (2007). Lymfeødem kan ifølge Kiserud (2012) vedvare og kan inntreffe så sent som tre år etter behandling. Det vil medføre begrensninger i arbeidsevne og hverdagslige gjøremål.

For å styrke vårt resultat har vi benyttet en studie gjort av Kunnskapsenteret (2009). Denne studien viser at fysisk aktivitet ser ut til å redusere fatigue og at det ikke påvirker nivået av lymfeødem etter tidlig trening (inkludert trening med vekter). Dette utfordrer oss som sykepleiere til å lese oss opp på ny forskning og tilstrebe kompetanseheving innenfor feltet for å trygge kvinnene på at fysisk aktivitet ikke påvirker lymfeødem og forverre helsen. Dette støttes av Sander et al. (2012) som sier at kvinnene ønsket trygge og informative retningslinjer fra helsepersonell som forstod risikoen ved å utvikle lymfeødem. Motstridende informasjon fra helsepersonell, internett og andre pasienter med brystkreft økte usikkerheten og frykten for å drive med fysisk aktivitet.

Kvinner får høyere energinivå av fysisk aktivitet viser studien til Whitehead og Lavelle (2009), Fillion et al. (2008), Emslie et al. (2007), Basen- Engquist et al. (2008), Bulmer et al. (2012), Ingram, Wessel og Courneya (2010) og Varre, Slettebø og Ruland (2011). Dette understøttes av Knobf, Musanti og Dorward (2007).

I tillegg økes styrke og bevegelighet (Bulmer et al. 2012, Fillion et al. 2008, Alfano et al. 2007, Emslie et al. 2007, Ingram, Wessel og Courneya 2010 og Manuel et al. 2007).

Dette kan gi kvinnene økt mestring av hverdagen da vanlige gjøremål i hjemmet mestres, kanskje man kan tilbake til arbeidslivet og det normale livet. Dette kan gi bedre mestring av det å være alvorlig syk.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om fysisk aktivitet påvirker kvinner med brystkreft, deres hverdag, under og etter behandling og om det bidrar til økt mestring.

Resultat i denne litteraturstudien synligjør at fysisk aktivitet kan være en mestringsstrategi som kan forbedre opplevelsen av å mestre sykdommen. Fysisk aktivitet har ifølge studien betydning for opplevelsen av mestring på grunnlag av bedret psykososialt og fysisk funksjonsnivå og at dette bør sees i sammenheng.

Fysisk aktivitet i treningsgrupper eller under individuell oppfølging av helsepersonell eller personlig trener, gjorde det lettere å opprettholde eller komme i gang med aktiviteten. Felleskap med andre i samme situasjon ga sosial støtte og bidro til økt normalitet. Alle disse faktorene bidro til økt mestring.

Informasjon, gitt til rett tidspunkt og i rett fase var avgjørende for god mestring. Fysisk aktivitet under og etter behandling ga kvinnene anledning til å glemme sykdommen for en stund, de følte mer delaktighet og kontroll over situasjonen ved å være en aktivt deltakende i motsetning til en passiv pasientrolle.

I dagens samfunn vet vi at kreftforekomsten er økende, og det er færre som dør av sykdommen. Det vil si at flere overlever, noe som fører til mange nye utfordringer i forhold til støtte og hjelp til å akseptere den nye situasjonen. Med kunnskap fra litteraturstudien ser vi behovet for og viktigheten av at det etableres egne grupper for kvinner med brystkreft, eventuelt kreft generelt, under og etter behandling av sykdommen. Gruppene bør følges opp og kan med fordel instrueres av helsepersonell som kan gi god og trygg veiledning.

God informasjon kan gis skriftlig til kvinnene, med alt fra fordelene av å være fysisk aktiv, treningstilbud i nærmiljøet og kontaktpersoner. I tillegg er det viktig å involvere pårørende og familie slik at disse kan støtte og motivere sine til å være fysisk aktiv.

Som følge av resultat i studien kan det med fordel forskes mer på hvilke tiltak helsepersonell og helsevesen bør tilby pasienter med brystkreft. Videre ser forfatterne viktigheten av at fysisk aktivitet implementeres som ett behandlingstiltak i rehabilitering av pasienter med brystkreft.

Helsepersonell bør oppdateres på de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet som mestringsstrategi under og etter behandling av brystkreft.

Litteraturliste

Alfano Cathrine M., Ashley Wilder Smith, Melinda L. Irwin, Deborah J. Bowen, Bess Sorensen, Bryce B. Reeve, Kathleen A. Meeske, Leslie Bernstein, Kathy B. Baumgartner, Rachel Ballard-Barbash et al .2007. Physical activity, long term symptoms, and physical health-related quality of life among breast cancer survivors: a prospective analysis. *Springer Science + Buisness Media LLC, J Cancer surviv 1: 116-128*. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Antonovsky, Aaron. 2000. 3.utg. *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag a/s.

Antonovsky, Aaron. 2005. *Halsens mysterium*. San Fransisco: Jossey Bass

Basen-Engquist, Karen, Daniel Hughes, Heidi Perkins, Eileen Shinn and Cindy Carmack Taylor. 2008. "Dimensions and Physical activity and their relationship to physical and emotional symptoms in breast cancer survivors". *Springer Science + Business media, J cancer surviv 2:253-26*. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Bulmer Sandra Minor, Jeremy Howell, Louise Ackerman and Regan Fedric. 2012. Woman`s perceived benefits of exercise during and after breast cancer treatment. *Women & Health, 52:771-787*.Tilgjengelig fra OVID MEDLINE

Carmichael. A.R, A.J. Daley, D. W. Rea og S.J. Bowden. 2010. Physical activity and breast cancer outcome: A brief review of evidence, current practice and future direction. *The journal of Cancer Surgery. EJSO36 1139-1148*. Tilgjengelig fra : OVID MEDLINE

Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. 2.utg. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forslag AS

Emslie Carol, Fiona Whyte, Anna Campbell, Nanette Mutrie, Laura Lee, Diana Ritchie and Nora Kearney. 2007. "I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about": Exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial". *Health Education Research Vol.22 no.6:827-838*. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Espnes, Geir Arild og Geir Smedslund. 2012. 2.utg. *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis and processed data. *Australian J of Advanced Nursing; 20(2), 22-25*.

Fillion Lise, Pierre Gagnon, Francine Leblond, Celine Gelinias, Josee Savard, Rejeanne Dupuis, Karine Duval, Marie Larochelle. 2008. A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing Vol 31, No.2*. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Fjerstad, Elin. 2010. *frisk og kronisk syk, et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur og kultur.

Galantino Mary Lou, Laurie Green, Benjamin Archetto, Melissa Baumgartner, Paula Hassall, Joanna Kluz Murphy, Jamie Umstetter and Krupali Desai. 2012. A qualitative exploration of the impact of yoga on breast cancer survivors with aromatase inhibitor-associated arthralgias. *EXPLORE Vol.8, No.1*. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Gammersvik, Åse og Torill Larsen (red.). 2012. *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Heggdal, Kristin. 2003. *Kroppskunnskap, en grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom*. Bergen: Universitetet, seksjon for sykepleievitenskap.

Helsedirektoratet. 2012. *Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft Kartlegging og anbefalinger.*

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft/Publikasjoner/rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft.pdf> (lest 2.3.2013).

Helse og omsorgsdepartementet. 2009. Samhandlingsreformen. Oslo: Det kongelige helse og omsorgsdepartementet. (St.meld.nr.47 2008-2009).

Huang Xu, Qingyuan Zhang, Xinmei Kang, Ying Song, Wenhui Zhao. 2010. Factors associated with cancer-related fatigue in breast cancer patients undergoing endocrine therapy in an urban setting. *BMC Cancer 10:453*. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Ingram Carolyn, Jean Wessel, Kerry S. Courneya. 2010. Women`s perceptions of home-based exercise performed during adjuvant chemotherapy for breast cancer. *European Journal Oncology Nursing 14 238-243*. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Jansson, Eva og Sigmund A. Anderssen. 2008. *Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Bahr, Roald (red). 2008. Oslo: Helsedirektoratet.

Juvel, Lene Kristine, Ida-Kristin Ørjasæter Elvsaas, Gunnar Leivseth, Gun Anker, Gro F. Bertheussen, Ursula Falkmer, Egil A. Fors, Steinar Lundgren, Line Merethe Oldervoll, Inger Thune, Inger Natvig Norderhaug. 2009. Rehabilitation of breast cancer patients. www.kunnskapsenteret.no (lest 20.01.2013).

Kiserud, Cecilie E., Sophie D. Fosså, Alv A. Dahl og Jon Håvard Loge. 2012. 4.utg. *Seneffekter etter kreftbehandling. I Kreftsykdommer-en basisbok for helsepersonell*. Kåresen, Rolf og Erik Wist (red.). 130-144. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kjellman, Bengt, Egil W. Martinsen, Jill Taube og Eva Andersson. 2008. *Depresjon. I Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Bahr, Roald (red). 2008. Oslo: Helsedirektoratet

Knobf, M. Tish, Rita Musanti og Jennifer Dorward. 2007. Exercise and quality of life outcomes in patients with cancer. *Oncology Nursing*, vol 23, No 4 (november) 285-296.

Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Kreftregisteret. *Brystkreft*. 2012 www.kreftregisteret.no (lest 05.06.2013)

Kunnskapsenteret. 2011. *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*.

www.kunnskapsenteret.no (lest 10.12.2012)

Kåresen, Rolf og Erik Wist. 2012. 4.utg. *Svulster i mamma. I Kreftsykdommer-en basisbok for helsepersonell*. Kåresen, Rolf og Erik Wist (red.) 2012. 316-340. Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS

Larsson Ingalill L., Carita Jønsson, Ann C. Olsson, Gunvor Gard, Karin Johansson. 2007.

Woman`s experience of physical activity following breast cancer treatment. *Empirical*

Studies: 22, 422-429. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Lerdal Anners og Elin Hannevig Celius. 2011. *Trening på resept. I Læring og mestring-et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Lerdal Anners og May Solveig

Fagermoen (red.) 2011. 161-184. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Manuel Janeen C., Stephanie R. Burwell, Sybil L. Crawford, Rennee H. Lawrence,

Deborah F. Farmer, Anita Hege, Kimberly Philips, Nancy E. Avis. 2007. Younger

Women`s perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing Vol 30, No. 2*.

Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Milne Helen M., Andrew Guilfoyle, Sandy Gordon, Karen E. Wallman and Kerry S.

Courneya. 2007. Personal accounts of exercise and quality of life from the perspective of breast cancer survivors. *Springer Science + Business Media, Qual Life Res* 16:1473-1481.

Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Muraca Linda, Doris Leung, Andrea Clark, Mary Agnes Beduz og Pamela

Goodwin. 2011. Breast cancer survivors: Taking charge of lifestyle choices after treatment.

European journal of oncology nursing 15 250-253. Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) www.nsd.uib.no (lest 15.12.2012)

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert, en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Sander, Antoinette P., Jessica Wilson, Nicole Izzo, Stephanie A. Mountford og Karen W. Hayes. 2012. Factors that affect decisions about physical activity and exercise in survivors of breast cancer: a qualitative study. *Physical Therapy* Volume 92 Number 4. Tilgjengelig fra: PsycInfo

Reitan, Anne Marie. 2004. *Krise og mestring. I Kreftsykepleie Pasient-utfordring-handling*. 2.utg. 2004. Reitan Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg. Oslo: Akribes Forlag AS

Renolen, Åse. 2008. *Forståelse av mennesker-innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad Bjørke AS

Thune, Inger. 2008. *Kreft. I Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Bahr, Roald (red.). 2008. Oslo: Helsedirektoratet

Varre, Pernille, Åshild Slettebø og Cornelia Ruland. 2011. «Det er mitt liv det gjelder». *Vård i Norden* 3/2011. Nr 101 Vol. 31. No.3: 4-8. Tilgjengelig fra: ProQuest

Whitehead Sarah and Katrina Lavelle . 2009. Older breast cancer survivor's views and preferences for physical activity. *Quality Health Research* Volume 19, Number 7:894-906
Tilgjengelig fra: OVID MEDLINE

Vedlegg 1:

PIO-skjema

Tema/ Hva er det jeg ønsker å vite noe (mer) om:

Hvilken betydning har fysisk aktivitet for kvinner med brystkreft og deres opplevelse av mestring.

Problemstilling:

Hvilken betydning har fysisk aktivitet for opplevelsen av mestring hos kvinner med brystkreft?

| P | I | O |
|---|--|---|
| Brystkreft Neoplasm* | Fysisk* aktiv* Tren* | Mestr* Opplevelse* |
| Cancer mammae Breast cancer Neoplasm* | Physical* active* Train* Sport* Exercise* | Master* Manag* Coping or cop* Adapt* and Experience* |

Vedlegg 2: Oversiktstabell søkehistorikk

| | Søkeord | Dato | Database | Antall Treff | Leste abstracts | Leste Artikler | Inkluderte artikler |
|----|---|------------|----------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| 1 | Breast Neoplasms/ or Cancer mammae | 05.10.2012 | Ovide | 202323 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | Breast neoplasm* | | | 201873 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | Breast cancer* | | | 149470 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 1 or 2 or 3 | | | 226754 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | Limit 4 to yr="2007- current" | | | 68257 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | Limit 5 to(Danish or English or Norwegian or Swedish) | | | 64092 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | Physical*active* or exercise | | | 129278 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | Excercis* | | | 224445 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | Train* | | | 296105 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Sport* or sports | | | 54834 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 7 or 8 or 9 or 10 | | | 563888 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|---------|----|----|----|
| 12 | 4 and 11 | | | 1751 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | Master* | | | 23364 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | Manag* | | | 814510 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | Coping or cope* | | | 52274 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | Adaption, physiological or adapt* | | | 419023 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 13 or 14 or 15 or 16 | | | 1260434 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | Experienc* | | | 617071 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 17 or 18 | | | 1767420 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | 17 and 18 | | | 110085 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 12 and 17 | | | 260 | 0 | 0 | 0 |
| 22 | 12 and 18 | | | 251 | 0 | 0 | 0 |
| 23 | 21 or 22 | | | 447 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | 12 and 20 | | | 64 | 64 | 33 | 24 |
| | Inkluderte artikler etter kvalitets- vurdering | | | | | | 12 |

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|----------|----------|--------------|-----------------|----------------|---------------------|
| "Cancer mammae" or "breast cancer" or "breast neoplasm*" and "physical* activ*" or " exercise*" And "cop*" or "adapt" | 27.11.12 | ProQuest | 468 | 16 | 11 | 1 |
| (physical activity) AND (breast cancer) (Søk for å finne andre eventuelle søkeord) | 07.12.12 | ProQuest | 19306 | | | |

Vedlegg 3 Oversikt over inkluderte forskningsartikler

| Forfattere År Land Tidsskrift | Tittel | Hensikt | Metode/ Instrument | Deltakere | Resultat | Etisk Vurdering | Kvalitet |
|--|--|---|---|---|--|---|---|
| <p><i>Artikkel 1</i></p> <p>Forfattere: Alfano Cathrine M., Ashley Wilder Smith, Melinda L. Irwin, Deborah J. Bowen, Bess Sorensen, Bryce B. Reeve, Kathleen A.</p> | Physical activity, long term symptoms, and physical health-related quality of life among breast cancer survivors: a prospective analysis | Studien vil undersøke hvilken innvirkning fysisk aktivitet (FA) har på fysiske symptomer og livskvalitet. | Kvantitativ metode. Spørreskjema tilsendt på mail 6 mnd, 29 mnd og 39 mnd etter diagnosen med spørsmål om FA før diagnosen og etter ved de ulike mnd og symptomer. Innsamlingen av data ble gjort ved en | 805 kvinner (gj. 58 år) med brystkreft stadie 1-3 deltok i studien. Studien krevde at alle måtte ha vært fysisk aktive før og etter diagnosen. | Større fysisk aktivitet (FA) før en kreftdiagnose ble assosiert med bedre fysisk funksjonsnivå ved 39 mnd, forutsatt at de opprettholdte sin FA etter diagnosen. FA under diagnosen var relatert til mindre trøtthet og smerter, og da | Etisk godkjent av The Institutional Review Boards of each participating center. | Kvalitet: Middels Nivå: 1 Pasient- perspekti v |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Meeske, Leslie Bernstein, Kathy B. Baumgartner , Rachel Ballard- Barbash, Kathleen E.- Malone, Anne McTiernan 2007 Land: USA Tidskrift: <i>Springer Science + Buisness Media LLC</i></p> | | | <p>kombinasjon av telefonintervju og mail.</p> | | <p>også bedre fysisk funksjonsnivå og mestring av sykdommen. Positiv sammenheng mellom FA med moderat intensivitet kontra vanlige hverdagsaktivitet er. Overlevere bør øke sin FA for å mestre daglige aktiviteter, minske fatigue og smerter. Fysisk aktivitetsnivå både før og etter</p> | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|---|---|---|------------------|---------------|---|---|--|
| | | | | | diagnosen viste at moderat eller høyt nivå hadde en svak sammenheng med større smerte i brystet, men ikke i armer. Samme nivå førte dog til en signifikant større positiv opplevelse av livskvalitet og mestring. | | |
| <i>Artikkel 2</i> Forfattere: Basen-Engquist Karen, Daniel | “Dimensions of Physical activity and their relationship to physical and emotional | Studien vil undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitet og symptomer | Tverrsnittstudie | 148 deltakere | Hovedfunn viser at FA og ett høyere energiforbruk gir generelt bedre helse og færre | Etisk godkjent av The institutional Review Boards at the university of Texas M.D. Anderson Cancer | Kvalitet: Høy Nivå: 1 Pasient perspektiv |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|---|--|---|---|
| <p>Hughes, Heidi Perkins, Eileen Shinn, Cindy Carmack Taylor 2008 Land: USA Tidsskrift: <i>Springer Science + business media</i></p> | <p>symptoms in breast cancer survivors”</p> | <p>pasienter med brystkreft opplever.</p> | | | <p>symptomer på depresjon. Hyppigere frekvens og moderat intensitet på FA forbedret pasientens fysiske funksjonsnivå, reduerte smerter, forbedret pasientens generelle helse og mestring av sykdommen.</p> | <p>center and the Harris County hospital.</p> | |
| <p><i>Artikkel 3</i> Forfattere: Bulmer Sandra</p> | <p>Woman`s perceived benefits of exercise during and after breast</p> | <p>Studiens hensikt var å belyse erfaringene av FA under og etter</p> | <p>Kvalitativ Intervju</p> | <p>45 deltakere, med diagnosen brystkreft i løpet av de siste 2 år,</p> | <p>Deltakeren oppga at FA ga de bedre selvfølelse, økt selvsikkerhet og</p> | <p>Etisk godkjent the institutional review board of the university.</p> | <p>Kvalitet: Middels Nivå: 2 Pasient-</p> |

| | | | | | | | |
|---|------------------|------------|--|---|--|--|-------------------|
| <p>Minor, Jeremy Howell, Louise Ackerman, Regan Fedric 2012 Land: UK Tidskrift: <i>Women & Health</i></p> | cancer treatment | behandling | | <p>og de deltok i ett individualisert og strukturert treningsprogram met under og etter behandling.</p> | <p>følelse av normalitet. De følte seg sunn. I en rehabiliteringsfase ble FA psykisk terapi, de fikk større kroppsbeherskelse og raskere restitusjon. Høyere energinivå og humør, økt styrke og fleksibilitet ble oppgitt. Fordøyelsen ble bedre og søvnmønster likeså. FA ga derfor økt</p> | <p>Alle deltakere godkjente deltakelsen.</p> | <p>perspektiv</p> |
|---|------------------|------------|--|---|--|--|-------------------|

| | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|
| | | | | | mestring av sykdommen. Sosial støtte fra andre i et kreftmiljø var viktig og ble verdsatt. | | |
| <i>Artikkel 4</i> Forfattere: Emslie Carol, Fiona Whyte, Anna Campbell, Nanette Mutrie, Laura Lee, Diana Ritchie, Nora Kearney | “ I Wouldn’t have been interested in just sitting round a table talking about` : Exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial” | Studiens hensikt var å undersøke pasienter som hadde deltatt i instruerte treningsgrupper sine erfaringer om sammenheng mellom fysisk aktivitet og deres livskvalitet. | RCT, kvalitativ metode. Kontrollgruppe (vanlig pleie) og tiltaksgruppe som trente i underviste gruppe. Lydbånd som ble tydet og ordrett nedskrevet i etterkant. Feltnotater. Spørreskjema | 203 kvinner (gj.snittsalder 53 år) med brystkreft i tidlig stadie, tilfeldig plassert i en kontrollgruppe (vanlig pleie) og en tiltaksgruppe (vanlig pleie + deltakelse i instruert treningsgruppe som trente 2 x | FA og instruerte treningsgrupper ga bedre fysisk funksjonsnivå, økt mobilitet, bedre søvn og redusert fatigue. Selvfølelsen ble bedret og følelsen økt normalitet. Opplevelsen av å være i samme båt, møte aksept | Etisk godkjent the West Etichs commitee og greater Glasgow health board. | Kvalitet: Middels Nivå: 1 Pasient perspektiv |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|--|---|--|--|
| <p>2007</p> <p>Land: UK</p> <p>Tidskrift: <i>Health Education Research</i></p> | | | <p>med åpne spørsmål</p> | <p>uken, i 12 uker, instruert av treningseksperter med spesialfelt innen kreft) 203 deltakere, 2 treninger i uken i 12 uker.</p> | <p>og empati hadde positiv betydning for kvinners opplevelse av mestring. Dele informasjon og skape vennskap. Tiltaksgruppen hadde signifikant bedre funksjonsnivå, humør, og livskvalitet enn kontrollgruppen etter 12 uker og 6 mnd. FA ga bedre struktur av dagene og økt mestringsfølelse. I tillegg opplevde de å være i</p> | | |
|--|--|--|--------------------------|--|---|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|--|
| | | | | | posisjon for aktivt delta for å komme tilbake til livet. Dette ga mestringsfølelse. | | |
| <i>Artikkel 5</i> Forfattere : Fillion Lise, Pierre Gagnon, Francine Leblond, Celine Gelinas, Josee Savard, Rejeanne Dupuis, Karine Duval, Marie | A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors | Studiens hensikt var å undersøke om FA kan redusere fatigue, senskader, smerter og psykisk stress og øke det fysiske funksjonsnivået. | RCT-studie Kontrollgruppe behandlet med vanlig pleie og tiltaksgruppe som fikk veiledning av 2 sykepleiere i psykoedukasjon kombinert med fysisk aktivitet. Ulike fysiske tester og skjema, rett etter operasjon. | 87 deltakere i studien Deltakere var kvinner som hadde fullført behandling for brystkreft | Deltakere i tiltaksgruppen opplevde at fysisk aktivitet i kombinasjon med psykoedukasjon bidro til at de opplevde reduksjon i depresjon og angst og de fikk bedre humør. FA økte energinivået og funksjonalitet, som gjorde at de mestret | Etisk godkjent av the ethics board of the hospital center | Kvalitet: Middels Nivå:2 Pasient- perspekti v |

| | | | | | | | |
|--|---|--|------------|---|--|--|--|
| Larochelle 2008 Land: Canada Tidsskrift: <i>Cancer Nursing</i> | | | | | hverdagslige gjøremål og hverdagen i seg selv bedre. Viktig med tilrettelagt informasjon. FA økte livskvaliteten, reduerte fatigue og emosjonelt stress. | | |
| <i>Artikkel 6</i> Forfattere: Galantino Mary Lou, Laurie Green, Benjamin Archetto, Melissa Baumgartner | A qualitative exploration of the impact of yoga on breast cancer survivors with aromatase inhibitor- associated arthralgias | Studiens hensikt var å undersøke hvilken innvirkning deltakelse i ett Yogabasert program (FA) har i forhold til livskvalitet og smerter hos | Kvalitativ | 10 kvinner, etter overgangsalderen (rundt 58 år), deltok på yoga 2 x 90 min. i uken i 8 uker. De ble også instruert i ett hjemmeprogram | Funn viser at Yoga (FA) har en positiv innvirkning på sennevirkinger etter hormonterapi, som for eksempel leddsmerter. De fikk økt | | Kvalitet: Middels Nivå:1 Pasient- perspekti v |

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| <p>, Paula Hassall,Joan na Kluz Murphy, Jamie Umstetter, Krupali Desai 2012 Land: USA Tidskrift: <i>EXPLORE</i></p> | | <p>kvinner med brystkreft</p> | | | <p>energinivå, de følte seg yngre og sunnere. De oppga redusert angst og stress. Smerter ble også mindre fremtredene. Deltakerne oppga FA som Empowering og selvhjelpende. De opplevde kameratskap i treningsgruppen. God informasjon var viktig. Å trene gjorde de mer uavhengig av legen og gjorde at de kom</p> | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | ut av sin passive rolle som pasient. | | |
|--|---|---|---|---|--|---|--|
| <p><i>Artikkel 7</i></p> <p>Forfattere: Huang Xu, Qingyuan Zhang, Xinmei Kang, Ying Song, Wenhui Zhao 2010</p> <p>Land: Kina</p> <p>Tidsskrift: <i>BMC Cancer</i></p> | Factors associated with cancer-related fatigue in breast cancer patients undergoing endocrine therapy in an urban setting | Studien undersøker forekomsten og sammenhengen mellom fatigue og livsstilsfaktorer. | Tverrsnittstudie Intervju og selvrapporing | 315 kvinner responderte på spørsmålene. | Fysisk aktivitet har stor betydning for å minske plager som fatigue. For de uten medisinsk behandling hadde FA størst betydning i mestring av fatigue. De oppga at de var fysisk aktive med moderat eller høyere intensitet. | Godkjent av the Etichs Commitee of tumor hospital og Harbin medical university. | Kvalitet: Middels Nivå:1 Pasient- perspekti v |
| <p><i>Artikkel 8</i></p> <p>Forfattere:</p> | Women`s perceptions of | Studiens hensikt var å undersøke | Kvalitativ metode. | 8 kvinner ble fulgt over 24 | Deltakeren verdsatte | | Kvalitet: Middels |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|--------------------------------|----------------------------|
| Ingram Carolyn, Jean Wessel, Kerry S. Courneya 2010 Land: USA Tidsskrift : <i>European Journal of Oncology Journal</i> | home-based exercise performed during adjuvant chemotherapy for breast cancer. | kvinner erfaringer med ett hjemmebasert treningsprogram som de deltok i under behandling for brystkreft. | Spørreskjema med kvalitativt preg, åpne spørsmål | uker mens de gjennomførte ett treningsprogram hjemme samtidig som de mottok kjemoterapi. | treningsprogram met høyt og følte at FA hjalp de å overvinne den emosjonelle biten av sykdommen. De fikk høyere energinivå og bedre søvn. Dette var en kilde til indre motivasjon for å være FA. Økt normalitet var også utfallet av FA. Tilrettelagt informasjon og oppfølging var viktig. | | Nivå:1 Pasientperspekti |
| <i>Artikkel 9</i> Forfattere: | Woman`s experience of | Hensikten med studien var å | Kvalitativ metode | 12 kvinner under behandling for | Fysisk aktivitet økte | Kun signert av deltakere, ikke | Kvalitet: Middels |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|
| <p>Larsson Ingalill L., Carita Jönsson, Ann C. Olsson, Gunvor Gard, Karin Johansson 2007</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Tidskrift: <i>Empirical Studies</i></p> | <p>physical activity following breast cancer treatment</p> | <p>undersøke hvilke erfaringer brystkreft- pasienter gjorde seg med fysisk aktivitet etter operasjon</p> | <p>Intervju</p> | <p>brystkreft i alderen 31 og 65 år, operert innen 6 til 24 mnd før studien. Fra tre forskjellige sykehus i sør Sverige.</p> | <p>mestringsfølelsen og motivasjon for å være aktiv og ta ansvar for egen helse. De fikk økt kroppsbevissthet og beherskelse. Viktig med god og tilrettelagt informasjon av helsepersonell.</p> | <p>vært innom en etisk komite. Er støttet av svensk kreftforening og følger deres retningslinjer.</p> | <p>Nivå:1 Pasient- perspekti v</p> |
| <p><i>Artikkel 10</i></p> <p>Forfattere: Manuel</p> | <p>Younger Women`s perceptions of</p> | <p>Studiens hensikt er å undersøke sammenhengen</p> | <p>Kvalitativ/ Kvantitativ metode.</p> | <p>220 kvinner under 50 år. Fra 6 mnd. til 3,5 år</p> | <p>Fysisk aktivitet som mestringsstrategi</p> | <p>Etisk godkjent av the Institutional Review Boards of</p> | <p>Kvalitet: Middels Nivå:1</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|-------------------------------------|
| <p>Janeen C., Stephanie R. Burwell, Sybil L. Crawford, Rennee H. Lawrence, Deborah F. Farmer, Anita Hege, Kimberly Philips, Nancy E. Avis 2007 Land: USA Tidsskrift: <i>Cancer Nursing</i></p> | <p>coping with breast cancer</p> | <p>mellom mestringsstrategi er og livskvalitet etter en brystkreftdiagnos e hos yngre kvinner.</p> | <p>Kvantitativ mestringskala og kvalitativt spørreskjema (åpne spørsmål der de skulle beskrive med egne ord opplevelsen av mestring) Innsamling av data på mail og telefonintervju.</p> | <p>etter brystkreft- diagnosen. Rekruttert fra 6 sykehus i USA.</p> | <p>for å bekjempe angst og depresjon kom på en 3.plass (11 %). For å oppnå økt normalitet og kroppsbeherskels e var tilrettelagt informasjon og fysisk aktivitet på 2.plass over mestringsstrategi er</p> | <p>all participating Institutions.</p> | <p>Pasient- perspekti v</p> |
| <p><i>Artikkel 11</i> Forfattere:</p> | <p>Personal accounts of exercise and</p> | <p>Studiens hensikt var å undersøke</p> | <p>Kvalitativ metode</p> | <p>289 deltakere Alder 33-94 år.</p> | <p>FA påvirker deres velvære,</p> | <p>Etisk godkjent av The university</p> | <p>Kvalitet: Middels</p> |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|
| <p>Milne Helen M., Andrew Guilfoyle, Sandy Gordon, Karen E. Wallman, Kerry S. Courneya 2007</p> <p>Land: Australia</p> <p>Tidskrift: <i>Springer Science + Buisness Media</i></p> | <p>quality of life from the perspective of breast cancer survivors.</p> | <p>brystkreft-pasienters erfaringer av FA og QOL.</p> | <p>Intervju</p> <p>Spørreundersøke lse med åpne spørsmål som ville ha svar på opplevelsen av FA</p> | | <p>følelse av normalitet og opplevelse av kontroll. FA økte livskvaliteten Viktig med veiledning og informasjon til rett tidspunkt, og ett skreddersydd treningsprogram. FA er viktig som rehabilitering.</p> | <p>and western Australia`s Human research ethics committee and The confidentiality and health information committee.</p> | <p>Nivå:1</p> <p>Pasient perspekti v</p> |
| <p><i>Artikkel 12</i></p> <p>Forfattere: Whitehead</p> | <p>Older breast cancer survivors views and</p> | <p>Studiens hensikt er å undersøke eldre</p> | <p>Kvalitativ metode</p> <p>Intervju</p> | <p>29 kvinner med brystkreft 1 til 5 år etter inngrep</p> | <p>FA ga deltakere opplevelsen av å føle seg mer vel,</p> | <p>Etisk godkjent av the research etichs commitee</p> | <p>Kvalitet: Høy</p> <p>Nivå:2</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|---|------------------|---|---|--|--------------------------|
| <p>Sarah og Katrina Lavelle 2009</p> <p>Land: UK</p> <p>Tidskrift: <i>SAGE</i></p> | <p>preferences for physical activity</p> | <p>brystkreftpasienters erfaring med FA</p> | <p>Lydopptak</p> | <p>og behandling i alderen 59 og 86 år.</p> | <p>de ble mer positiv, fikk ett høyere energinivå og en følelse av normalitet. De opplevde å være i energibalanse og gikk ned i vekt. FA gjorde det lettere å opprettholde vanlige gjøremål og struktur på hverdagen. De fikk ett bedre selvbilde. Det sosiale var også viktig og et å få nye venner gjorde</p> | <p>of the school and nursing midwifery and social work at the university of Manchester</p> | <p>Pasientperspektiv</p> |
|--|--|---|------------------|---|---|--|--------------------------|

| | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------------|--|--|--|---|
| | | | | | mestringen av sykdommen lettere. Ett skreddersydd opplegg og tilrettelagt informasjon var vesentlig. Reduksjon av fatigue og smerter | | |
| <p><i>Artikkel 13</i></p> <p>Forfattere: Varre, Pernille, Åshild Slettebø, Cornelia Ruland 2011</p> <p>Land:</p> | <p>«Det er mitt liv det gjelder»</p> <p>Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum</p> | <p>Studiens hensikt var å få innsikt og forståelse for kreftpasienters mestringsmuligheter</p> | <p>Kvalitativt metode</p> | <p>711 innlegg, 62 pasienter har deltatt</p> | <p>Ønske om å være aktivt deltakende i forhold til egen helse. Føltes meningsfullt å delta aktivt og det ga mestring. Økt mestring og energinivå av FA</p> | <p>Etisk godkjent regional etisk komite for helse Sør, datatilsynet, personvernombudet, protokollutvalget ved Rikshospitalet</p> | <p>Kvalitet: middels</p> <p>Nivå: 1</p> <p>Pasient perspektiv</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Norge Tidskrift: <i>Vård i Norden</i> | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|